

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PARALYSIE SIMULTANÉE DU FACIAL ET DE  
L'ACOUSTIQUE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Par **M. LANNOIS**,

Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

*La surdité nerveuse syphilitique* est loin d'être une rareté. On en distingue habituellement deux formes : une forme lente et une forme rapide. Mais dans la première, le rôle de la syphilis est assez mal déterminé et souvent difficile à distinguer des autres conditions étiologiques.

La forme rapide au contraire est bien individualisée et assez impressionnante. En dehors de l'hystérie, toutes les fois qu'un malade en bon état de santé générale, non fébrile, vient vous dire qu'il est devenu brusquement sourd, il faut songer au bouchon de cérumen ou à la syphilis. Si la première cause est rapidement éliminée, le soupçon de la seconde est confirmé par l'absence de lésions du côté de la caisse et par la disparition ou la diminution considérable de la perception osseuse. L'interrogatoire dirigé de ce côté fera alors connaître une syphilis en évolution ou datant déjà de plusieurs années : l'oto-logiste a pu déceler ainsi des syphilis ignorées, chez la femme notamment, et c'est là un point de grande importance pour le traitement.

La précocité de la surdité nerveuse syphilitique est un fait à bien mettre en évidence. Il existe des cas (Politzer, Charazac) où la surdité s'est installée alors que le chancre datait de quelques jours : souvent il existe encore des traces apparentes de celui-ci où la maladie n'est qu'au début de la période secondaire. Mais il faut s'empresse d'ajouter que cette surdité nerveuse peut se présenter à toutes les périodes de la syphilis, y

compris la syphilis héréditaire précoce ou tardive. Au point de vue clinique, elle s'accompagne habituellement de bourdonnements intenses et de grands vertiges. Mais ce sont là des points trop connus des otologistes pour qu'il soit nécessaire d'insister.

*La paralysie faciale périphérique syphilitique* n'est pas moins connue. Comme l'atteinte de la huitième paire, celle de la septième peut être précoce ou tardive et ici encore la forme tardive n'a ni la fréquence, ni l'importance clinique de la première.

La paralysie faciale précoce est, dit Fournier, la plus fréquente des paralysies nerveuses syphilitiques, et celle qui apparaît le plus tôt. L'acoustique, d'après ce que je viens de dire, me paraît partager avec elle cette particularité : les cas de surdité nerveuse de Politzer et de Charazac ont débuté aussi tôt que tous les cas connus de paralysie faciale précoce.

Quoi qu'il en soit, les observations d'hémiplégie faciale dans le premier, le deuxième ou le troisième mois de la syphilis ne sont pas rares. J'ai dans mes notes l'observation d'un étudiant chez lequel la paralysie faciale débuta moins de six semaines après le chancre, le jour de l'apparition de la roséole, et j'ai vu à la clinique de Gailleton plusieurs cas au début de la période secondaire.

Ces paralysies faciales périphériques de la syphilis ont tous les caractères des paralysies dites *a frigore*. Je ne veux pas insister sur ces notions devenues tout à fait classiques, et me contenterai de renvoyer à Dieulafoy qui a fait sur ce sujet d'intéressantes leçons reproduites dans son *Manuel* <sup>(1)</sup>. Je rappellerai seulement que les paralysies faciales sont d'un pronostic relativement bénin : elles guérissent dans un temps relativement court, surtout si, le diagnostic étiologique ayant été bien posé, elles sont soumises au traitement spécifique.

C'est là le point par lequel elles diffèrent des paralysies de la huitième paire ; celles-ci sont au contraire d'un pronostic grave au point de vue fonctionnel. On pourrait certes citer des faits de guérison, mais ils restent à l'état d'exception au milieu des

(1) DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*, 13<sup>e</sup> éd., t. III.

cas si nombreux que le traitement influence peu ou ne guérit pas du tout.

*L'association de la paralysie de l'acoustique et du facial*, étant données ces conditions, ne devrait pas être rare. Or, on n'en trouve que quelques cas dans la littérature et les classiques font à peine allusion à la possibilité de cette association. Dieulafoy notamment ne parle que des troubles auditifs consécutifs à la paralysie des muscles, et, dans le résumé qu'il donne de nombreuses observations, passe sous silence les troubles auditifs qu'on retrouve parfois dans les observations *in-extenso*.

Il est bien probable que si on relisait toutes les observations de surdité nerveuse syphilitique qui ont été publiées, on en trouverait quelques-unes où il est parlé plus ou moins incidemment de la paralysie faciale ; réciproquement, des cas où la paralysie faciale a surtout attiré l'attention, ont pu s'accompagner de surdité grave à laquelle il n'est fait qu'une brève allusion.

J'en citerai comme exemple une observation de Th. Barr <sup>(1)</sup> qui se trouve dans un article consacré à vanter les bons effets de la pilocarpine en injections dans les cas de surdité brusque et intense. Il s'agissait d'un homme de 22 ans qui avait eu la syphilis six mois auparavant. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, l'affection avait débuté brusquement par un vertige intense qui l'avait précipité à terre et avait été suivi d'une surdité complète des deux oreilles (d'abord à gauche, puis à droite). Il eut plus tard des douleurs violentes derrière la tête et derrière les oreilles et se réveilla un matin avec une paralysie faciale droite complète : elle fut de courte durée car, le soir même, elle allait déjà en s'atténuant. Et l'observation d'ailleurs très complète par ailleurs ne fait plus allusion à la paralysie faciale.

L'observation la plus souvent citée est un cas de Fournier publié tout d'abord par Hermet <sup>(2)</sup> et qu'on retrouve aussi

(1) TH. BARR. — *British med. journ.*, juin 1885, p. 1152.

(2) HERMET. — *C. R. du Congrès international d'otologie*, Paris, 1889.

dans le traité sur la syphilis de Fournier. Fournier insiste surtout sur la gravité de la syphilis de l'oreille interne. Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans qui contracta la syphilis en mai 1884. Le 5 novembre, elle a des maux de tête et six jours après une paralysie faciale gauche. Le lendemain elle est prise dans la rue d'étourdissements et de vertiges : elle rentre péniblement chez elle et s'aperçoit qu'elle est absolument sourde. La paralysie faciale guérit ultérieurement, mais la surdité complète persista irrémédiable.

En 1893, nous trouvons une observation de Bouveret, publiée par Commandeur <sup>(1)</sup>, où un malade de 52 ans, en pleine période secondaire, est atteint de diplégie faciale, le côté droit ayant été pris une dizaine de jours après le gauche. Trois semaines après le début, sensation de gêne dans l'oreille gauche et diminution de l'acuité auditive : il n'y avait pas de surdité complète et la montre était encore perçue à 8 centimètres. Le cas reste un peu douteux pour nous, car il n'a pas été fait d'examen complet de l'oreille.

Bürger et Pel <sup>(2)</sup> ont publié un cas intéressant de paralysies multiples des nerfs cérébraux chez un syphilitique. Cet homme avait été soigné à l'hôpital, en juin 1893, pour une syphilis primaire et secondaire. Il rentra à la fin d'octobre et au commencement de novembre, on notait une paralysie faciale droite complète, de la surdité à droite incomplète avec bourdonnements, sensation de vide dans la tête et démarche titubante. Il y avait en outre de la paralysie du voile du palais à droite et du muscle crico-aryténoïdien postérieur droit, de la paralysie du moteur oculaire externe à droite, de l'hypoesthésie de la muqueuse nasale avec absence des réflexes du larynx et du pharynx. Le malade guérit sous l'influence du traitement mercuriel ne conservant plus, au mois de janvier, que de la paralysie du voile du palais et du crico-aryténoïdien

(1) COMMANDEUR. — Diplégie faciale au cours de la syphilis secondaire (*Province médicale*, 1893).

(2) BÜRGER et PÉL. — Un cas de paralysie syphilitique des nerfs cérébraux (deuxième réunion de l'Assoc. laryngo-rhino-otologique néerlandaise. An in *Revue neurologique*, 1894, et in *Ann. des maladies de l'oreille*, 1895).



postérieur. Aussi Bürger fait-il déjà remarquer que l'innervation du voile du palais doit se faire par l'accessoire du nerf vague plutôt que par le facial. Le malade eut une rechute et entra chez Pel avec de la paralysie de six nerfs cérébraux (cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième, accessoire du vague) et de l'hémiparésie des membres à gauche. Pel attribue la paralysie des nerfs cérébraux à de la périostite ou à de la méningite gommeuse de la base. Le malade guérit encore en conservant sa paralysie du voile, du crico-aryténoïdien postérieur et du facial.

Citons encore un cas un peu complexe de Brühl <sup>(1)</sup>. Un homme de 35 ans a eu la syphilis à 19 ans : il a souvent de la céphalée qui cède au traitement spécifique. En octobre 1904, céphalée, bourdonnements d'oreille et surdité droite : il s'agit bien d'une surdité nerveuse. L'état s'aggrave, malgré le traitement. On constate une surdité complète de la paralysie du facial droit, du nystagmus et des vertiges. Il se développe alors une tuméfaction qui en trois jours atteint le volume d'un œuf de poule. En quinze jours, sous l'influence du traitement mixte, tout disparaît, sauf la surdité qui persiste.

Rugani <sup>(2)</sup> publie à la même époque un cas très intéressant. Un homme, ayant 14 ans de service militaire, contracte la syphilis en décembre. Le 17 février, il est pris dans la nuit de bruits subjectifs de l'oreille gauche, de diminution de l'audition et d'une légère douleur auriculaire : le lendemain il avait une paralysie faciale gauche, de la céphalée intense, des vertiges et des vomissements. A l'examen, outre la paralysie faciale, etc., on constate qu'il existe un nystagmus horizontal dans les deux sens avec sens statique conservé. Il n'y a qu'un peu de rétraction tympanique, le Weber est droit, le Rinne négatif. Il perçoit encore la montre, assez mal d'ailleurs, et quelques sons : il s'agit bien d'une lésion du nerf auditif. Le traitement était mal supporté par le malade assez anémié, mais cependant, au mois d'août, la paralysie faciale était presque complètement guérie ; il persistait encore, quoique à un

(1) BRÜHL. — *Berl. otolog. Gesellschaft*, janvier 1905.

(2) RUGANI. — Di un caso interessante di paralisi del faciale e dell'acustico sinistro (*Boll. delle mal. dell'orecchio*, avril 1905).

degré moindre, de la céphalée, des bruits subjectifs à gauche, du vertige et une diminution légère de l'audition.

Je répète que des recherches bibliographiques plus étendues feraient sans doute trouver un nombre de cas plus considérable <sup>(1)</sup>. Mais on voit cependant par les exemples ci-dessus que les faits publiés sont rares et assez disparates. C'est pour cela que je crois intéressant de publier les quelques cas que j'ai pu observer moi-même.

Ils sont assez différents les uns des autres. Les deux premiers ont débuté peu de temps après l'accident primitif. Ils sont tout à fait comparables aux formes rapides et précoces de la paralysie faciale et de la paralysie faciale isolées que nous avons citées au début.

*OBSERVATION 1. — Début par un grand vertige brusque, cinq mois après le chancre. Paralysie du facial et de l'auditif. — Guérison de la paralysie faciale. Persistance de la surdité.*

M. X, 24 ans, étudiant, a contracté la syphilis au mois de novembre 1893. Au mois de mars suivant, alors qu'il avait encore de la roséole et présentait quelques plaques muqueuses dans la bouche, il se trouvait pour quelques jours dans sa famille et alla se promener seul sur la route. Il avait fait environ 4 à 5 kilomètres lorsqu'un vertige brusque le précipita sur le sol ; il avait des bourdonnements intenses et des vomissements. Lorsqu'il put se relever au bout d'un temps assez long et sans avoir d'ailleurs perdu connaissance à aucun moment, il était tellement titubant qu'il pouvait à peine se tenir debout et qu'il mit environ cinq heures pour regagner sa demeure. Il avait cependant pu revenir seul. Il se mit de suite au lit et, en se réveillant le lendemain matin, constata qu'il avait une paralysie faciale gauche totale et absolument classique : il s'aperçut en même temps qu'il était totalement sourd de l'oreille du même côté. Les bourdonnements persistaient.

Le malade fut examiné quinze jours environ après le début.

L'examen du tympan ne révélait aucune lésion. La perte de

(1) On trouvera encore quelques faits de ce genre indiqués dans le travail de ROSENSTEIN (*Arch. f. Ohrenhulk.*, Bd. 65) qui lui-même rapporte un cas de paralysie multiple des nerfs crâniens et admet la participation fréquente du facial à la paralysie de l'acoustique. Ces indications se retrouveront dans une thèse qui se fait actuellement dans mon service.

l'audition était complète à gauche, le diapason latéralisé à droite d'une manière absolue. L'audition était d'ailleurs normale à droite.

Paralysie faciale gauche périphérique complète ; il n'y a pas encore de signes de rétrocession. Le voile du palais n'est pas paralysé. Pas de paralysie oculaire, ni de nystagmus. Le malade ne fut pas suivi ; il retourna chez lui et se soigna régulièrement avec des pilules de protoiodure et des frictions. La paralysie faciale rétrocéda peu à peu et au bout de trois mois elle avait disparu.

Il fut revu au mois d'octobre suivant : il n'avait plus de paralysie faciale, mais un peu d'hémimimie dynamique. Mais la surdité était aussi complète qu'au début. Le vertige ne s'était pas reproduit et l'incertitude de la démarche s'était atténuée peu à peu. Il persistait aussi un bruit subjectif sous forme de sifflement léger à timbre élevé. Parfois un peu de céphalée.

*OBSERVATION II. — Début par un vertige deux mois et demi après le chancre. Paralysie simultanée du facial et de l'auditif. Guérison de la paralysie faciale. Persistance de la surdité et des bourdonnements.*

Le nommé J. X., âgé de 50 ans, marchand de bestiaux d'un département voisin, vient consulter en avril 1901. Il raconte qu'il y a un mois il s'aperçut un matin au réveil qu'il avait un bourdonnement très fort dans l'oreille droite. Il se tenait difficilement debout, avait des nausées et dut se recoucher. Il put se lever dans la journée et constata alors qu'il était totalement paralysé de la moitié droite de la face, et aussi qu'il était sourd de l'oreille droite.

Il a une paralysie périphérique tout à fait classique. Il se plaint de ses bourdonnements (sifflement), d'un peu d'incertitude de la démarche. La surdité ne paraît pas le gêner beaucoup : il est d'ailleurs probable qu'il était déjà sourd, car il dit bien entendre à gauche où la montre n'est perçue qu'à 3 ou 4 centimètres. Les deux tympans présentent la même otite moyenne sclérosante avec épaississement généralisé de la membrane, absence de triangle, mais il n'y a aucune trace d'inflammation récente. La conduction osseuse est mauvaise par les deux oreilles, mais la latéralisation du Weber se fait à gauche.

Après des réticences et des refus, le malade se décide à montrer sa verge et on trouve sur le fourreau, vers la région moyenne, une ulcération presque cicatrisée, à base indurée. Il a cette ulcération depuis deux mois et demi à trois mois. A chacun des voyages

qu'il fait tous les mois environ pour venir au marché aux bestiaux de Vaise, il a coutume d'aller voir une femme de ce faubourg et il n'est pas douteux qu'il a été contaminé par elle. Il a mal à la gorge depuis quinze jours environ et on trouve une sorte de vernis sur l'amygdale droite : enfin il a de petites ulcérations croûteuses dans les cheveux. Traitement spécifique.

Le 4 et le 25 mai, il est revu dans le même état au point de vue des oreilles et de la paralysie faciale, mais tous les accidents secondaires ont disparu.

Il n'est revu qu'une fois ensuite, le 2 juillet : la paralysie faciale a manifestement rétrocedé : il ferme presque complètement l'œil, les aliments ne tombent plus derrière l'arcade dentaire. La surdité est toujours aussi complète, bien qu'il dise entendre un peu mieux. Le bourdonnement est toujours le même, aussi obsédant, et c'est uniquement pour lui qu'il est venu prendre cette dernière consultation.

Le cas suivant est un exemple de paralysie faciale et de surdité survenant longtemps après le début de la syphilis (20 ans). Ici les accidents sont isolés, sans autre manifestation de la syphilis, et on n'est autorisé à leur attribuer cette étiologie que par la connaissance des cas que nous venons de citer. On remarquera aussi qu'ils peuvent servir à dépister la syphilis, car notre malade niait d'abord toute infection et ce n'est qu'à la réflexion qu'il se décida à raconter une histoire qui ne paraît pas laisser de doute.

OBSERVATION III. — *Début par de la surdité brusque. Paralysie faciale périphérique quinze jours plus tard. Syphilis datant de vingt ans. Guérison de la paralysie. Persistance de la surdité et des bourdonnements.*

M. X., 50 ans, appartenant à une administration, vient me consulter pour la première fois à la fin de mars 1903.

Il est un peu dur depuis plusieurs années déjà et ne s'est pas fait soigner parce que, dit-il, cette affection est chez lui héréditaire : sa mère et une tante maternelle ont été très sourdes. Il a eu une pleurésie dans la jeunesse, mais n'en a pas gardé de traces. Etant aux colonies, il a contracté une entérite d'ailleurs légère, mais qui a duré plus de deux ans. Il y a deux mois il a eu de l'ictère sans qu'il sache pourquoi et il était presque guéri lorsqu'il y a

trois semaines il devint brusquement sourd de l'oreille droite avec des bourdonnements très intenses : il y a eu un peu de manque d'équilibre pendant deux ou trois jours mais sans vertige net.

Les deux tympans sont d'aspect normal. A droite, il n'entend la montre qu'au contact osseux, à gauche, il la perçoit à 4 ou 5 centimètres ; il entend relativement beaucoup mieux la parole. Le Weber est à gauche, le Rinne est — des deux côtés. Le cathétérisme ne modifie pas cet état.

Le 7 avril, il revient très inquiet : il a eu dans la nuit, du côté droit, une paralysie faciale qui est totale et de caractère périphérique très net. Je songe alors à la syphilis, mais il la nie tout d'abord ; toutefois, au mois de juillet, il se décide à me raconter qu'étant au Tonkin, il avait eu vers l'âge de 30 ans une écorchure à la verge qu'on lui avait dit être sans importance. Mais quelques mois plus tard, ayant changé de poste, il consulta un médecin militaire pour un mal de gorge et pour des boutons sur la peau : celui-ci lui dit qu'il croyait à de la syphilis et lui donna des pilules. Depuis son retour en France, il s'est marié, mais n'a pas eu d'enfant.

Le malade, qui s'était fait électriser, avait pris de la strychnine et de l'iodure, était à ce moment (25 juillet) à peu près guéri de sa paralysie faciale. Mais il était toujours aussi sourd et se plaignait surtout de la violence de son bourdonnement avec sensation de tiraillement dans le fond de l'oreille. — Pilules de protoiodure d'Hg, tout autre traitement n'étant pas pratique.

Revu quelques mois plus tard, en janvier 1904, il était bien guéri de sa paralysie, mais conservait de l'hémimimie très nette. L'audition lui semblait toujours dans le même état, bien qu'il perçût la montre à l'effleurement du pavillon ; il se plaignait toujours de ses bourdonnements.

Cet état persiste encore aujourd'hui.

La même difficulté n'existait pas dans le cas suivant : il y avait des signes manifestes de syphilis tertiaire et de syphilis cérébrale. Pendant l'examen, les réticences du malade pouvaient faire penser à une tumeur cérébrale, notamment à une tumeur englobant à la fois le facial et l'auditif. Mais l'hésitation ne fut que de courte durée et disparut complètement devant la constatation d'une gomme ulcérée du voile du palais.

OBSERVATION IV. — *Céphalée et attaques épileptiformes. — Syphilis datant de quinze ans. — Début brusque de la surdité et de la paralysie faciale, quinze jours après les accidents épileptiques. — Amélioration très lente de la paralysie faciale. — Etat stationnaire de la surdité à peine atténuée.*

Le nommé Dup. Antoine, âgé de 37 ans, facteur des postes, vient à la consultation le 22 octobre 1904.

Rien dans les antécédents héréditaires. Il s'est marié à 33 ans et a deux enfants de 3 ans et de 16 mois bien portants, mais la dernière a eu un début d'athrepsie et de nombreux boutons sur les fesses dans les premiers mois. Il est alcoolique, vin, petits verres, absinthe.

Le 13 juillet, étant à son travail à la poste, il tomba brusquement dans une attaque épileptique : il en eut une seconde le même soir. Il paraît avoir eu pendant quelques jours auparavant des bruits divers dans les deux oreilles (trompette de cavalerie, bruit de chaînes, coups de marteau) et de la céphalée. Au reste, il se plaint de céphalée presque continuelle depuis cinq à six ans.

Envoyé à la campagne, il se réveilla avec une paralysie faciale droite complète, quinze jours environ après les accidents épileptiques. En même temps, il avait de la surdité totale de l'oreille droite.

Il y a huit jours, il a à nouveau deux crises épileptiques : son état s'est aggravé, il a des troubles psychiques, une perte de la mémoire et c'est pour cela qu'on nous l'amène.

Le malade nie d'abord catégoriquement la syphilis, mais au cours de l'examen on constate qu'il a de la leucoplasie buccale et, à l'union du palais osseux et du voile du côté droit, une ulcération fissuraire, allongée, qui est manifestement une gomme ulcérée. Il se décide alors à avouer qu'il a contracté la syphilis lorsqu'il était au régiment et qu'il a été soigné pour cela.

La paralysie faciale est complète à droite. De ce côté les traits sont bouffis, le pli naso-labial effacé, la langue déviée à gauche, larmoiement, l'œil se dévie en haut et en dehors dans les tentatives d'occlusion, etc. La surdité est complète du côté droit : il ne perçoit aucun son et le Weber est à gauche. Des deux côtés les tympanes sont épaissis surtout à la périphérie ; le manche, notamment à gauche, enfoncé et fortement tiré en arrière. L'audition est suffisante à gauche.

Il y a des troubles psychiques accusés : la parole est hésitante,

traînante, la prononciation imparfaite; la mémoire est très diminuée, l'intelligence affaiblie, l'attention difficile à éveiller, les réponses imprécises, l'association des idées presque nulle. Il a l'idée fixe d'aller travailler à son bureau et il s'y mêle le désir du cabaret; il cherche même à s'échapper de l'hôpital.

Ajoutons qu'il a tous les signes d'une insuffisance aortique avec rétrécissement et une insuffisance mitrale. Pas d'albumine.

Le traitement par les injections d'énésol et de bi-iodure, associé à l'électrisation galvanique locale et à la strychnine à l'intérieur, améliora sensiblement l'état général; il n'eut pas de nouvelles attaques et l'intelligence revint dans une mesure appréciable. Mais il resta longtemps sans aucune influence sur l'état local: la surdité et la paralysie faciale semblaient immuables.

C'est seulement à la fin de novembre 1905, que l'observation porte une amélioration légère de la paralysie faciale: la peau du front n'est plus aussi lisse, et il y a de petites secousses spontanées (contracture) dans l'orbiculaire et la joue; il esquisse des mouvements volontaires. La surdité paraît aussi marquée.

Le 16 mars 1906, on note une amélioration nette de la paralysie faciale: il ferme l'œil et fait une grimace du côté droit. Il dit aussi entendre mieux. De fait, s'il n'entend pas une montre ordinaire, il en perçoit une dont le tic-tac est très fort. Il latéralise à droite une série de diapasons. Le Rinne est négatif, la conduction osseuse très courte (15 secondes). Lorsqu'il fait effort pour écouter, il a une contraction nette de tous les muscles du côté droit de la face.

Comme il se plaint d'avoir à nouveau de la céphalée, on recommence une série d'injections d'huile grise et on prescrit KI à l'intérieur.

Ma dernière observation n'est rapportée ici que sous bénéfice d'inventaire: elle semble prouver que la paralysie faciale et la paralysie de l'acoustique peuvent s'associer *dans la syphilis héréditaire tardive*. Mais à ce cas unique il manque trop d'éléments précis pour qu'il ait un caractère de certitude. Je ne le donne que comme un cas probable et seulement pour attirer l'attention sur la possibilité de faits de ce genre.

OBSERVATION V. — *Syphilis héréditaire probable. — Début par de la céphalée et des vertiges avec nausées. — Paralyse faciale périphérique et surdité. Guérison de la paralysie et persistance de la surdité.*

La nommée V. X..., 28 ans, est religieuse dans un petit hôpital d'un département voisin. Il n'y a aucune raison de soupçonner chez elle la syphilis, mais on peut penser à l'hérédo-syphilis. Le père a des douleurs dans les jambes que l'on a qualifiées de rhumatismales et qui ont un caractère fulgurant. La mère est morte à 39 ans. Une sœur a de la paralysie infantile de la jambe gauche; un frère en bonne santé a eu de l'énurèse prolongée; un frère plus jeune (25 ans) est totalement sourd sans lésion de l'oreille moyenne: il a eu de la kératite dans l'enfance et il a encore de l'énurèse nocturne; il est petit, avec front olympien et dents mal formées.

La malade elle-même a eu de l'énurèse nocturne jusqu'à l'âge de 10 ans; elle a fréquemment présenté dans l'enfance des inflammations de l'œil qui ont laissé des taies cornéennes très marquées, de sorte qu'à 18 ans on lui a pratiqué une double iridectomie. Le front est bombé, les dents sont saines et normales.

Les oreilles n'ont jamais coulé, mais depuis deux ou trois ans elle s'aperçoit de diminution notable de l'audition, du côté gauche surtout.

A la fin d'août 1903, début par des maux de tête à l'occiput, à la nuque, des douleurs dans la moitié de la face à gauche, avec exacerbation nocturne; le matin, léger état vertigineux s'accompagnant de vomissements. Huit jours après, elle se réveilla un matin avec de la paralysie faciale complète du côté gauche, un état vertigineux marqué mais pas assez pour amener la chute, des bourdonnements très forts sous forme de sifflement. Les jours suivants, elle s'aperçut que l'oreille gauche était totalement sourde.

Elle est examinée dans les premiers jours de novembre 1905. La paralysie faciale est complète (frontal, paupières, ailes du nez, lèvres, etc.); elle ne peut ni siffler, ni sourire; elle est gênée pour manger. Le voile est intact; pas d'anesthésie gustative. La réaction de dégénérescence est très manifeste.

La surdité est complète à gauche et l'audition diminuée à droite où la montre est perçue à 5 centimètres. La conduction osseuse est presque nulle. Une série de diapasons de C<sub>2</sub> à ré<sub>3</sub> ne sont perçus



ni d'un côté ni de l'autre, si on les place sur le vertex ou le front. Placés sur les dents ils sont latéralisés à droite. Elle a des sifflements et des bruits de cloche intermittents à gauche, quelques sensations vertigineuses non accompagnées de chute. Les tympans sont légèrement sclérosés des deux côtés.

La malade fut mise au traitement spécifique (pilules de proto-iodure et KI), à la strychnine et au courant continu. Elle a été revue à diverses reprises : la paralysie faciale alla en s'atténuant très lentement, mais avait à peu près disparu au bout de six à huit mois. La surdité ne subit aucune modification.

Les observations que nous venons de passer en revue démontrent donc la possibilité de l'attente simultanée du facial et de l'acoustique par la syphilis. Mais elles ne sont pas toutes superposables et le type clinique est légèrement variable. Le plus souvent, surtout dans les formes précoces, les deux nerfs sont atteints simultanément et il s'y ajoute des signes d'irritation du nerf vestibulaire se traduisant par du vertige plus ou moins intense (cas de Th. Barr, de Rugani, obs. I et II, etc.). Mais l'apparition des deux paralysies qui nous occupent peut être dissociée, soit que la paralysie faciale soit la première en date (cas de Fournier, Hermet), soit que le plus souvent elle apparaisse en second lieu (Th. Barr, obs. III). Il peut exister d'autres paralysies périphériques de nerfs crâniens (cas de Bürger-Pel), du nystagmus, des symptômes cérébraux (obs. IV). La paralysie faciale peut être double (cas de Bonnerel-Commandeur).

En ce qui concerne l'époque d'apparition, les plus fréquentes sont celles du début de la période secondaire : comme les paralysies isolées de la septième ou de la huitième paire, elles atteignent le malade alors qu'il présente encore des traces du chancre ou lorsque débute la roséole. Ce sont donc des accidents graves très précoces à rapprocher des cas de syphilis du cerveau et de la moelle qui peuvent survenir dans les premiers mois de l'infection et pour lesquels Fournier se sert de la désignation de *tertiarisme précoce*. Ces cas précoces sont certainement les plus intéressants car ils constituent un groupe clinique bien homogène.

Mais les paralysies associées peuvent également se rencon-

trer à une époque tardive alors que la syphilis secondaire a depuis longtemps disparu, 15 ou 20 ans après l'infection. Ils sont alors beaucoup plus difficiles à rattacher à leur véritable cause ; surtout s'il n'existe aucune autre manifestation du tertia-risme. Le diagnostic est très facilité lorsque les gommès ul-cérées ou d'autres troubles du même ordre viennent mettre sur la voie d'une syphilis ignorée ou oubliée comme c'était le cas dans notre observation IV.

Enfin nous avons vu que l'hérédo-syphilis pourrait être rendue responsable de quelques cas ou que tout au moins on pouvait l'en soupçonner.

Il ne paraît pas non plus que l'on puisse donner une expli-cation univoque de ces paralysies associées.

Il va de soi tout d'abord qu'il faut éliminer les cas de para-lysie faciale que l'on rencontre dans la période secondaire de la syphilis et qui sont déterminées par un catarrhe simple ou purulent de la caisse, dépendant lui-même des plaques mu-queuses des amygdales ou du naso-pharynx. L'inflammation de la muqueuse se propage directement au nerf facial dans le canal de Fallope et les troubles auditifs s'expliquent d'eux-mêmes. Nous n'avons en vue ici que les lésions qui atteignent directement les deux nerfs à la fois.

On peut concevoir leur atteinte en des points très différents : dans l'oreille interne, dans leur portion périphérique, dans leurs centres bulbaires. On peut éliminer de suite la possibi-lité de l'atteinte des centres cérébraux, discutable seulement pour les cas isolés de surdité ou de paralysie faciale : les lésions devraient être beaucoup trop diffuses et d'ailleurs la paralysie faciale est du type périphérique.

On ne peut rejeter aussi complètement l'origine bulbaire : de l'artérite des petits vaisseaux bulbo-protubérantiels, une gomme, pourraient donner l'association qui nous occupe. Il est vrai que celle-ci resterait alors difficilement aussi limitée et qu'on ne conçoit guère une lésion des noyaux du facial et des noyaux de l'acoustique, sans paralysie concomitante du moteur oculaire externe. Celle-ci existait, avec des troubles du spinal, dans le cas de Bürger-Pel, mais ces auteurs ont donné une autre explication. Il devrait y avoir de l'hémiplégie al-

terne, etc. Bref, si l'origine bulbaire n'est pas impossible théoriquement, elle s'applique mal à nos cas de syphilis précoce de la septième et de la huitième paire.

La lésion peut porter sur le labyrinthe : nous savons qu'il peut en être ainsi pour les cas de surdité nerveuse syphilitique depuis les recherches de Moos, de Steinbrügge, etc. Les relations étroites du labyrinthe avec le nerf facial, celles qu'Alexander a établies entre le ganglion géniculé et le ganglion vestibulaire, sont des arguments en faveur de cette manière de voir.

Toutefois il me paraît plus logique d'attribuer le syndrome qui nous occupe à la lésion simultanée des deux troncs nerveux dans leur trajet périphérique, depuis le bulbe jusqu'au fond du conduit auditif interne. Une exostose, une gomme, une plaque de méningo-encéphalite, nous expliqueront simplement les cas complexes comme celui de Bürger-Pel ou comme celui de notre facteur des postes (obs. IV).

Pour les cas précoces c'est encore l'attente des troncs nerveux qui me semble le mieux répondre aux faits. Mais ici il s'agit de névrite ou de péri-névrite englobant les deux nerfs, et celles-ci ont pour cause l'auto-intoxication par les produits de l'agent virulent de la syphilis. Elles sont admises par Lancereaux, Panegrossi, Dieulafoy, etc., etc., et je me range à cette opinion en attendant que l'anatomie pathologique ait définitivement tranché la question.

L'action de ces produits toxiques probables du tréponème est souvent favorisée par d'autres éléments étiologiques comme la dépression qui accompagne souvent le début de la syphilis, l'alcoolisme, la malaria, etc. C'est ici le lieu de faire remarquer que souvent les malades présentent des lésions antérieures de la caisse ou de l'oreille interne : c'est là une loi générale et l'on voit souvent les complications auriculaires des maladies générales, infectieuses ou dyscrasiques, atteinte des organes déjà lésés antérieurement.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que le pronostic de cette forme de paralysie associée est assez sérieux. D'abord il indique une virulence anormale de la syphilis ou une résistance affaiblie du système nerveux. Puis, si la paralysie

faciale guérit assez vite dans la plupart des cas, il n'en est pas de même de la surdité qui reste le plus souvent irrémédiable, malgré les traitements les plus rationnels et les plus actifs.

En résumé :

1° La syphilis peut atteindre isolément le nerf auditif et le nerf facial, donnant lieu à de la surdité nerveuse ou à de la paralysie faciale périphérique. Mais elle peut toucher les deux nerfs à la fois et on a alors la paralysie simultanée du facial et de l'acoustique.

2° Ces paralysies peuvent se produire à toutes les étapes de la syphilis ; elles sont le plus souvent très précoces.

3° Leur pathogénie n'est pas univoque ; elles peuvent être liées à des lésions tertiaires (exostose du conduit auditif interne, gommès des nerfs, méningo-encéphalites de la base), mais le plus souvent il s'agit de névrites ou de périnévrites par intoxication par les toxines syphilitiques.

4° Le pronostic est défavorable pour l'oreille ; en règle générale, la paralysie faciale est passagère, tandis que la surdité est irrémédiable.

---

## II

### LE SINUS ET LES SINUSITES MAXILLAIRES CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Par **E. WEISSMANN** et **L. FIOCRE** (Paris)

Dans le courant de ces dernières années, quelques auteurs ont signalé chez des enfants nouveau-nés, l'existence d'inflammations suppuratives de la région du sinus maxillaire, accompagnées d'un cortège symptomatique tel, que s'impose le diagnostic d'empyèmes ou de sinusites aiguës. L'un de nous a eu récemment l'occasion d'observer un fait semblable, dont voici l'histoire.

OBSERVATION I (*personnelle*). — M. G..., née à terme, le 21 décembre 1905, de parents bien portants, pèse 3 150 grammes, et est parfaitement constituée. Le 27 décembre, sans cause appréciable, elle est prise de gêne respiratoire ; la température est normale. Le 28, la gêne respiratoire s'accroît ; le 29, on note une légère rougeur de la face, au niveau de la racine du nez et de la joue, à gauche.

Le 30 et le 31, la gêne respiratoire est la même ; la rougeur de la face augmente ; léger gonflement des mains ; température toujours normale.

Le 1<sup>er</sup> janvier, état général mauvais ; le soir, température 39°4.

Le 4 janvier, la rougeur s'est localisée ; il y a de la fluctuation au-dessous de l'œil gauche et un peu en dedans ; une légère pression du doigt crève l'abcès. L'analyse bactériologique donne du staphylocoque doré.

Le 5, la température est normale ; on incise l'abcès et place un drain. Les jours suivants, on fait des lavages par le drain.

Le 10, journée très mauvaise ; le 11, on constate par hasard dans la gencive supérieure, à gauche, la présence d'un petit corps blanc

et dur. Voulant en reconnaître la nature avec le doigt, la pression le fait tomber. C'est une dent. Il s'écoule à la suite du pus par la gencive et l'état s'améliore peu à peu.

Le 20, la nuit est mauvaise, l'état général redevient précaire.

Le 22, je vois l'enfant pour la première fois; elle est pâle et a le facies infecté; la température est plutôt au-dessous de la normale. Il existe du gonflement du maxillaire supérieur gauche. Je constate une fistule suppurante au-dessous de l'œil et un peu en dedans; une fistule de la gencive dans laquelle on voit saillir un petit corps blanc et dur. Il s'écoule du pus par le nez; mais la rhinoscopie antérieure n'est pas possible. Un stylet engagé dans la fistule cutanée bute sur de l'os dénudé; un autre stylet, introduit dans la fistule gingivale, pénètre dans une cavité assez vaste.

*Diagnostic.* — Suppuration du sinus maxillaire gauche. Je conseille une intervention.

Le 24 janvier (l'enfant est alors âgée de 5 semaines), sans anesthésie, j'incise la muqueuse; le bistouri pénètre dans une cavité; je ne puis ruginer le périoste. J'ouvre largement la cavité suppurante; trois dents s'en échappent. Je curette de mon mieux, mais les parois sont si tendres que le curetage est nécessairement insuffisant. J'établis une communication entre la cavité suppurante et le nez; j'abrase la fistule cutanée et ne fais aucun pansement. Les soins consécutifs consistent uniquement en nettoyages fréquents de la gencive et du nez. Huit jours plus tard, la fistule cutanée est guérie; la fistule gingivale met près d'un an à se fermer.

Le 15 janvier 1906, j'ai revu ma petite malade; elle se porte admirablement; la gencive est intacte; la fistule cutanée a laissé une cicatrice à peine visible; mais le nez suppure toujours; la cavité n'est donc pas guérie et une nouvelle intervention sera probablement nécessaire pour la guérison complète.

Cette observation nous a suggéré l'idée d'étudier un sujet relativement peu connu: le sinus et les sinusites maxillaires chez le nouveau-né. Nous essaierons, tout d'abord, de décrire l'anatomie du sinus, à cette période de la vie, description à peine indiquée dans les ouvrages classiques. Pour plus de clarté, nous avons cru bon de joindre des figures, dans l'espoir de donner un aperçu de la forme et de la situation du sinus.

Ensuite, nous mentionnerons les rares observations parues jusqu'ici, afin de pouvoir en tirer les considérations intéres-

santes sur l'étiologie, les symptômes et le traitement de l'affection sinusale.

*Développement du sinus maxillaire.* — Il ne fait plus doute pour personne que le sinus maxillaire existe au moment de la naissance. Rappelons que Portal, le premier, signala sa présence chez l'enfant à terme. Pour Sappey, le sinus maxillaire apparaît du troisième au quatrième mois de la vie fœtale ; il se développe aux dépens d'une lame osseuse, désignée sous le nom de pièce orbito-nasale, laquelle donne également naissance à la partie interne du plancher de l'orbite. Sur sa face interne ou nasale, cette lame présente une fossette, premier vestige du sinus maxillaire. Celui-ci existe donc dès le début de l'évolution de l'os ; il est situé immédiatement en dedans de la gouttière sous-orbitaire.

*Forme et situation.* — D'après Zuckerkandl, le sinus maxillaire chez les nouveau-nés est constitué par une petite



FIG. I

*Fœtus à terme.* — Paroi externe de la fosse nasale gauche. La muqueuse a été enlevée et le cornet inférieur a été resequé.

1. Sinus ; 2. Deuxième cornet ; 3. Orifice du canal lacrymo nasal ; 4. Alvéole de l'incisive médiane ; 5. Canal palatin antérieur.

dépression qui va en arrière du sillon lacrymal à l'alvéole de la deuxième molaire.

Latéralement, la cavité s'étend jusqu'au canal infra-orbitaire qu'elle dépasse à peine vers le bas. Le même auteur admet, en outre, que la partie postérieure de l'apophyse dentaire se trouve en contact direct avec le plancher de l'orbite.

Bourgeois <sup>(1)</sup> montre que, non seulement le sinus existe à la

<sup>(1)</sup> Notes sur le développement du sinus maxillaire et sur les rapports qu'il affecte avec les dents. *Journ. des sciences méd. de Lille*, t. VII, p. 811, et *Thèse de Lille*, 1885.

naissance, mais qu'on le trouve déjà et très nettement dessiné à la fin du septième mois du développement ; « il a alors la forme d'une dépression allongée, antéro-postérieure, de la dimension d'un grain de blé, s'ouvrant par une large ouverture dans la fosse nasale ».

Il résulte de nos recherches personnelles : qu'à terme, le sinus est très facilement reconnaissable ; il est situé juste au-dessus de l'alvéole de la première prémolaire, en dedans et un peu au-dessus de la gouttière sous-orbitaire. Sa cavité de forme prismatique et triangulaire s'étend dans le sens antéro-postérieur du sillon lacrymo-nasal jusqu'à un plan vertical passant à peu près par le milieu de l'alvéole de la deuxième prémolaire. On peut donc lui décrire trois parois : une paroi inférieure ou dentaire ; — une paroi orbitaire et une paroi nasale. — La première est certainement la plus épaisse ; la couche osseuse qui sépare la cavité sinusale de la gouttière alvéolaire atteint environ deux millimètres. D'autre part, comme le corps du maxillaire est presque entièrement occupé par les germes dentaires, cette paroi, qui représente le plancher du sinus, se trouve sur un plan plus élevé que la voûte palatine ; cette hauteur peut être évaluée en moyenne à 2 millimètres et demi ou 3 millimètres.

La paroi orbitaire est mince et transparente.

La paroi nasale, qui offre l'ouverture du sinus, est formée à peu près exclusivement par la muqueuse du méat moyen ; elle répond en haut au massif ethmoïdal ; en bas, à l'insertion du cornet inférieur, lequel vient par son bord libre affleurer le plancher de la fosse nasale, en sorte que le méat moyen constitue, à lui seul, chez le nouveau-né, le *canal respiratoire*.

L'extrémité antérieure du sinus demeure très éloignée de la surface jugale du maxillaire, à cause de la présence des alvéoles et des germes dentaires contenus dans l'épaisseur de l'os.

Le sinus se trouve, en effet, refoulé au pied de l'apophyse montante du maxillaire, immédiatement en arrière de la gouttière lacrymo-nasale, si bien qu'une ligne horizontale tirée en avant dans le prolongement de l'extrémité antérieure viendrait aboutir au niveau de l'angle inféro-interne de l'or-



bite, en dedans et un peu au-dessus de l'orifice du canal sous-orbitaire, exactement entre cet orifice et celui du canalicule dentaire sus-jacent, tout près du rebord orbitaire, c'est-à-dire, en un point de l'os, où il existe une assez forte épaisseur de tissu compact.

On comprend donc aisément qu'il soit impossible d'aborder directement le sinus par la face antérieure du maxillaire. Toutes les fois que l'on trépanera l'os en avant, on ouvrira infailliblement la cavité alvéolaire, mais jamais le sinus. Celui-ci ne pourra être atteint que secondairement, après perforation de la voûte alvéolaire. Ce détail anatomique a son importance, car il explique l'erreur commise par beaucoup d'auteurs, qui crurent ouvrir un sinus, lequel paraissait de proportions anor-

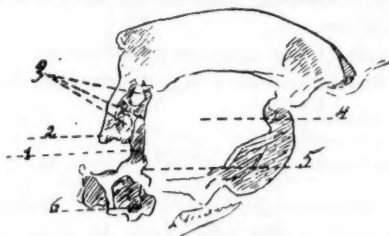


FIG. II

*Fœtus à terme.* — Coupe frontale de la fosse nasale droite passant par l'alvéole de la première prémolaire, le cornet inférieur a été réséqué. — Segment antérieur de la coupe.

1. Sinus; 2. Deuxième cornet; 3. Cellules ethmoïdales; 4. Orbite;
5. Gouttière sous-orbitaire; 6. Alvéole de la première prémolaire.

males, vu le jeune âge du sujet, alors qu'il s'agissait en réalité de la cavité alvéolaire.

Par contre, le sinus présente des rapports intimes avec l'orbite, avec la gouttière sous-orbitaire et le canal lacrymo-nasal. Il n'existe souvent entre ces différents organes qu'une simple lamelle osseuse. Aussi trouverons-nous fréquemment mentionné dans les observations qui suivent, des complications du côté de la région orbitaire. Voici, enfin, quelques chiffres concernant les dimensions du sinus à différentes périodes :

*A terme :*

|  |                   |
|--|-------------------|
| Longueur du sinus (d'avant en arrière). . . . .      | 7 à 8 millimètres |
| Hauteur à la partie moyenne (dans le sens vertical). | 4 millimètres     |
| Largeur à la partie moyenne (de dehors en dedans).   | 2 millimètres     |

*A trois semaines :*

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Longueur . . . . . | 9 à 10 millimètres |
| Hauteur . . . . .  | 5 millimètres      |
| Largeur . . . . .  | 3 millimètres      |

*A six semaines :*

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| Longueur . . . . . | 10 à 11 millimètres |
| Hauteur . . . . .  | 5 à 6 millimètres   |
| Largeur . . . . .  | 4 millimètres       |

Distance de l'extrémité antérieure du sinus à la surface jugale du maxillaire.

Chez l'enfant à terme : environ 3 millimètres.

Distance de l'épine nasale à la partie moyenne du sinus.

|                                      |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| Chez l'enfant à terme . . . . .      | 11 à 12 millimètres |
| Chez l'enfant à 3 semaines . . . . . | 14 à 15 millimètres |
| Chez l'enfant à 6 semaines . . . . . | 16 à 18 millimètres |

Les cas d'empyèmes du sinus maxillaire, observés chez les nouveau-nés, sont, comme nous l'avons dit, d'une extrême rareté. Nous rapportons ici même les seuls faits que nous ayons pu recueillir dans la science :

OBSERVATION II (de M. Rudeaux) (1). — *Empyème du sinus maxillaire chez une enfant de trois semaines.* — Née à terme, cette fillette est élevée au sein par sa mère, qui, trois semaines après la naissance de son enfant, s'aperçoit que les *paupières sont rouges et œdématisées*. Elle est examinée alors par M. Frey, interne à Lariboisière, qui constate au niveau de la fosse canine droite une *dent en éruption prématurée*. Cette dent était très mobile, rattachée seulement à la gencive par quelques fibres ligamenteuses. Elle était constituée par un chapeau de dentine contenant la pulpe

(1) Cette observation ainsi que la suivante sont relatées dans le travail du Dr Moure : *Empyème du sinus maxillaire chez les enfants* (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 49, 1896).

L'état d'infection dans lequel se trouvait la bouche de l'enfant ne tarda pas à déterminer secondairement, au même niveau, une fluxion phlegmoneuse. Quelques jours plus tard, en appuyant sur la région sous-orbitaire, on fit sourdre du pus par la narine gauche; à partir de ce moment, la suppuration nasale fut continue et très abondante. Cinq jours après, le pus se fraya un autre passage au-dessous de la paupière inférieure. M. Frey juge à propos d'enlever la dent qui avait été le point de départ de la suppuration du sinus maxillaire.

C'est alors que, le 23 août 1894, l'enfant est présentée à M. Brun qui, à l'examen, constate une *augmentation du volume de la joue gauche*, qui paraît indurée à la palpation, et l'issue de liquide pu-

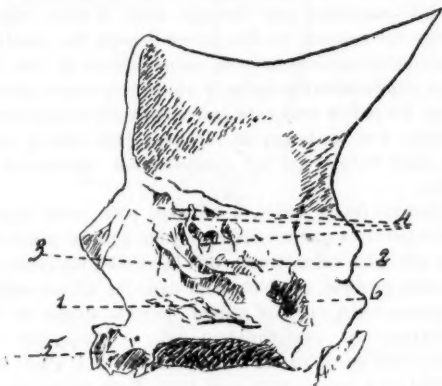


FIG. III

*Enfant de 3 semaines.* — Paroi externe de la fosse nasale droite. La muqueuse a été enlevée.

1. Cornet inférieur; 2. Cornet moyen; 3. Unciforme; 4. Cellules ethmoïdales; 5. Incisive médiane; 6. Trou sphéno-palatin.

*ruent, verdâtre, fétide, par la narine du même côté et par la fistule sous-orbitaire.* Celle-ci est très petite et se trouve en partie cachée dans le sillon orbito-palpébral inférieur, très accentué par les dimensions prises par la joue et par l'œdème permanent de la paupière. De l'eau boriquée injectée dans cette fistule sort par la narine. Avec un stylet on constate que le trajet fistuleux se dirige de haut en bas et de dehors en dedans, dans la direction de la narine, et on remarque des dégâts assez considérables du côté du

maxillaire supérieur dont plusieurs points sont dénudés et rugueux. Cet examen fait intervenir le jour même. Une petite cuvette est introduite par la fistule agrandie dans le sinus maxillaire, d'où l'on retire quelques petits sequestres osseux et une dent mobile sur la paroi inférieure de cette cavité ; celle-ci paraît être une petite molaire. Le trajet fistuleux est cureté et drainé avec de la gaze iodoformée. Le pansement est fait tous les deux jours. Vers le milieu de septembre, la suppuration nasale s'arrête pendant quelques jours pour se reproduire peu de temps après ; le même phénomène se répète plusieurs fois de suite.

Aussi, le 9 octobre, juge-t-on nécessaire une intervention plus radicale.

On fait deux incisions à angle droit, une horizontale dans le sillon orbito-palpébral, une verticale dans le sillon naso-génien, le lambeau est rabattu en bas et en dehors. On pénètre dans le sinus maxillaire en réséquant une petite portion de l'os ; on établit une large communication entre le sinus et la fosse nasale correspondante, les parois sont curetées et la cavité est bourrée de gaze iodoformée. Les lambeaux se recollent très vite, il ne persiste qu'une petite fistule, qui est complètement oblitérée à la fin de décembre.

Actuellement (mars 1895), il n'existe plus qu'un léger écoulement séro-purulent par la narine, la joue gauche présente un volume un peu plus considérable que la droite, les deux cicatrices sont cachées presque complètement dans les sillons orbito-palpébral et naso-génien, et l'état général de cette fillette est excellent.

OBSERVATION III (de Greidenberg). — *Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines*. — Il s'agit également d'un enfant né à terme, le 14 août 1895, d'une mère bien portante et d'un père syphilitique trois ans auparavant.

La nuit du 3 au 4 et toute la journée du 4 septembre, l'enfant ne cessa de crier, et, vers le soir du même jour, apparut autour de l'œil gauche une tuméfaction que l'entourage attribua aux cris. Le lendemain, 5 septembre, la tuméfaction augmenta encore davantage et envahit toute la moitié gauche de la face ; simultanément apparut une rougeur sous l'œil gauche, et dans la cavité buccale, sur la gencive supérieure gauche, on aperçut un point blanc qui, ayant grossi dans l'espace d'une nuit, a été le lendemain, après un examen attentif, reconnu pour une dent. Celle-ci tomba aussitôt qu'on l'eut touchée.

Appelé auprès de l'enfant le 6 septembre au soir, voici ce que constata l'auteur : Enfant mal nourri, très agité et criant sans

cesse. Température, 39°. La moitié gauche de la face est considérablement tuméfiée, de sorte que la paupière inférieure œdématiée voile à moitié l'œil. Les limites de la tumeur étaient à peu près les suivantes. En haut, la paupière inférieure; en bas, le sillon naso-labial gauche; en dedans, le bord gauche du nez, et, en dehors, une ligne verticale allant de l'angle externe de l'œil et se dirigeant obliquement en dehors. A un centimètre au-dessous de l'angle interne de l'œil, à peu près au point où l'os propre du nez gauche s'articule avec l'apophyse montante du maxillaire, la tuméfaction présentait un espace de coloration rosée ayant les di-

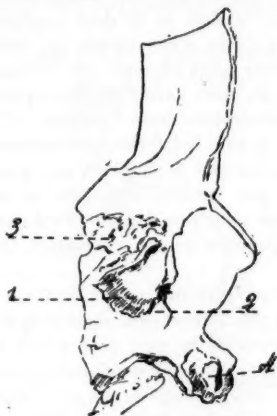


FIG. IV

*Enfant de 4 semaines.* — Paroi externe de la fosse nasale gauche. Le cornet inférieur et le cornet moyen ont été réséqués.

1. Sinus; 2. Orifice du canal lacrymo-nasal; 3. Ethmoïde; 4. Incisive médiane.

mensions d'une pièce de un franc et des signes pas très nets de fluctuation. A chaque pression on voyait s'écouler de la narine gauche du pus liquide mélangé de sang. Dans la cavité buccale, et notamment au point qui doit correspondre à la première incisive supérieure gauche, la gencive était gangrénée sur une étendue d'environ un centimètre. La dent était de couleur mate, creuse en dedans et avait des parois très minces et presque transparentes. La racine était insuffisamment développée. M. Greidenberg dia-

gnostiqua un empyème du sinus maxillaire reconnaissant pour cause l'apparition précoce d'une dent.

Le 7 septembre, le gonflement de la moitié gauche de la face a encore augmenté. L'œil gauche est complètement recouvert par la paupière inférieure. La rougeur est devenue plus intense et la fluctuation très nette.

Opération : on incisa verticalement la partie tuméfiée et fluctuante et il s'en écoula une demi-cuillerée à café de pus épais. Après l'inspection de la plaie, on découvrit une petite collection purulente sous les parties molles de la racine du nez. On put alors passer librement vers en bas une sonde dont l'extrémité était sentie du côté de l'alvéole de la dent touchée. L'alvéole a été percée et dilatée à l'aide d'une curette de Volkmann. La cavité osseuse ainsi ouverte laissa échapper une certaine quantité de pus mélangé de sang, et, après l'avoir curettée à plusieurs reprises, on établit une communication entre l'incision et l'orifice alvéolaire. Tamponnement à la gaze iodoformée et pansement. Le lendemain, quand on retira le tampon de la plaie, une quantité considérable de pus s'écoula par l'orifice alvéolaire et la narine gauche. L'œdème de la face a un peu diminué, l'œil gauche s'est entr'ouvert, mais la paupière est encore œdématiée. On constate une légère exophtalmie.

Le 10, mêmes phénomènes que la veille. Température 38°. L'exophtalmie est plus intense ; on observe de plus un gonflement fluctuant avec rougeur de la peau un peu plus bas et plus en dehors de la première incision. Ce gonflement, incisé de haut en bas, laissa échapper du pus mélangé de sang. A l'exploration avec une sonde, on trouva : 1° Qu'une de ses extrémités pénétrait dans la bouche par l'alvéole de la dent tombée, ou autrement dit, que l'incision pratiquée conduisait dans le sinus maxillaire ; 2° que la sonde touchait au fond les rugosités de l'os dénudé ; en outre, par la plaie de la face de même que par l'alvéole, on pouvait librement pénétrer dans la cavité nasale gauche. Le sinus fut lavé et des lanières d'iodoforme introduites dans les incisions et leurs bouts ramenés dans l'alvéole, coupés au ras de la gencive.

Deux jours après la seconde incision, la température devint normale. Cependant les deux plaies et la narine gauche continuant à donner du pus, on soupçonna la formation d'un séquestre osseux.

Dans l'espace de vingt-huit jours on a retiré à diverses reprises cinq séquestres, et, après chaque extraction, la sécrétion de pus cessait tout à fait ou diminuait très considérablement, mais re-

commençait ensuite ; la tuméfaction et la rougeur apparaissaient de nouveau, ce qui était une indication formelle pour le sondage de la plaie dans le but de trouver un séquestre. Après l'extraction du dernier séquestre, un changement subit en mieux survint dans la marche de l'affection. La sécrétion de pus par la narine gauche cessa complètement. Le 9 novembre, l'orifice alvéolaire était complètement fermé ; aucune trace de fistule, la sécrétion nasale était normale. Des deux cicatrices, correspondant aux deux incisions, l'une était mobile, l'autre adhérait à l'os, au niveau de l'angle interne de l'œil. Pendant toute la durée de la convalescence, l'enfant a considérablement grandi, augmenté de poids, et son état général était excellent.

OBSERVATION IV. — *Empyème du sinus maxillaire chez un enfant*

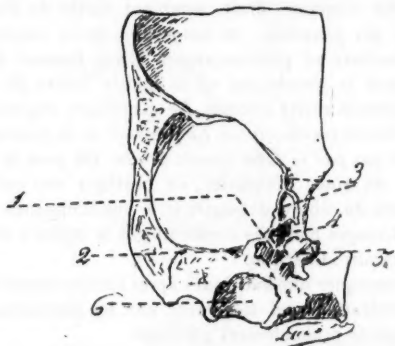


FIG. V

*Enfant de 6 semaines.* — Coupe frontale de la fosse nasale gauche passant par l'alvéole de la deuxième prémolaire.

1. Sinus ; 2. Canal sous-orbitaire ; 3. Cellules ethmoïdales ; 4. Unciforme ; 5. Cornet inférieur ; 6. Alvéole de la deuxième prémolaire.

*de huit semaines* [Communication du Dr d'Arcy Power à la Société de pathologie de Londres. Séance du 2 novembre 1897]. A son entrée à l'hôpital, cet enfant présentait un *abcès ouvert au niveau de la paupière inférieure droite*. A l'examen avec la sonde, on trouva de la nécrose de la face supérieure du maxillaire droit. Le rebord alvéolaire était couvert de pus, sans qu'on pût découvrir un orifice à ce niveau. Pendant l'accouchement, les deux joues ont été broyées par le forceps ; mais on ne s'aperçut de l'abcès qu'un mois après la naissance. L'écoulement n'a pas cessé depuis.

L'auteur a largement ouvert l'abcès et cureté les granulations, mais l'enfant est mort treize jours plus tard et l'autopsie révéla un abcès du poumon droit. La préparation montre une nécrose très étendue de l'os. Sa surface présente deux *séquestres*, l'apophyse orbitaire est détruite et la surface faciale est nécrosée, à son union avec l'os prémaxillaire.

A cette même séance, Spencer se rappelle avoir observé un cas d'empyème chez un enfant consécutif au *noma*.

OBSERVATION V. — *Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines*, par le Dr A. Douglas (*British med Journ.*, 5 février 1898). — L'auteur, appelé auprès d'un enfant âgé de trois semaines pour l'inflammation d'un oeil, le trouva dans un état assez grave et put constater les symptômes suivants : *joue gauche tuméfiée*; globe oculaire droit semblant sortir de l'orbite avec *hyperhémie des paupières et congestion de la conjonctive*. On aurait pu conclure au premier aspect à une tumeur de l'orbite. En examinant la bouche, on vit la moitié droite du palais qui s'avancait dans la cavité buccale. *Le maxillaire supérieur faisait saillie dans toutes les directions. La pression de la joue déterminait une issue de pus par la fosse nasale droite*. On posa le diagnostic d'empyème du sinus maxillaire, on pratiqua une ouverture un peu en dehors du rebord alvéolaire et le pus commença à s'écouler librement. Lavages boriqués consécutifs de la cavité à travers l'ouverture opératoire. Guérison.

Il est à remarquer que huit jours après l'accouchement, la mère souffrait d'ulcérations qui siégeaient sur les mamelons et sécrétaient un liquide probablement purulent.

OBSERVATION VI. — *Sinusite maxillaire grave chez un nouveau-né*, par le Dr Castex (rapport à la Société française de laryngologie, mai 1901). — On pouvait constater chez cet enfant, âgé de cinq semaines : un *écoulement purulent et épais* se produisant par la *narine droite*, un *gonflement phlegmoneux de la paupière inférieure droite*, et un *soulèvement résistant sur la moitié correspondante de la voûte palatine*. D'après les renseignements fournis par les parents, le mal semblait avoir débuté par un gonflement de la gencive, sans cause appréciable; puis le gonflement avait rapidement gagné la joue et la paupière inférieure et du pus s'était écoulé de façon continue par la narine droite. L'enfant présentait un mauvais aspect général. La pression exercée sur la joue au niveau de la fosse canine, ou sur la paupière inférieure, ou même sur la voûte palatine, augmentait immédiatement l'issue du pus par la narine. Sur la gencive, près de la ligne médiane, se montrait



une petite masse blanchâtre qui semblait bien être une dent enveloppée de tissu sphacélé. L'enfant avait alors 36° de température axillaire.

*Opération.* — Une incision fut menée horizontalement sur la face antérieure du bord alvéolaire et pénétra facilement dans le sinus. De cette incision, sortirent trois dents de lait. La sonde cannelée décolla largement la fibro-muqueuse de la voûte palatine et la paupière inférieure fut incisée dans sa continuité avec la joue. Injection à l'eau stérilisée chaude et bourrage de ces diverses cavités à la gaze aseptique.

L'ensemencement sur gélose, fait à l'Institut Pasteur, par

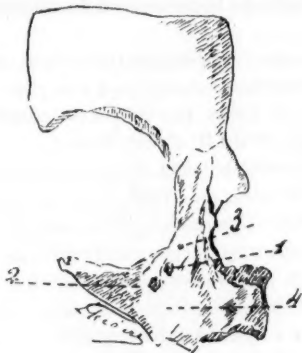


FIG. VI

Enfant de 7 semaines. — Maxillaire supérieur droit vu par sa face jugale.

1. Point qui correspond au prolongement sagittal du sinus maxillaire;
- 2 Orifice du canal sous-orbitaire; 3. Orifice du canalicule dentaire;
4. Saillie de l'alvéole de la canine.

M. Martin, avec le pus recueilli, a donné une culture pure de *staphylocoques*.

Les suites ont été favorables. De petits *séquestres* blanchâtres se sont détachés du bord alvéolaire au bout de 24 jours.

La mère, qui allaitait son enfant, avait eu des furoncles aux fesses et présentait encore des abcès du mamelon.

L'auteur pense qu'il s'est agi d'une infection staphylococcique, transmise de la mère à l'enfant à travers un ou plusieurs sacs folliculaires et ayant déterminé non seulement de la sinusite mais de l'ostéomyélite du squelette environnant.

**ETIOLOGIE.** — En raison du petit nombre de cas observés, nous avons peu de renseignements sur la pathogénie de l'empyème du sinus maxillaire chez le nouveau-né. Toutefois, il est parfaitement admissible de penser que l'infection du sinus s'effectue, soit par voie nasale, soit par voie buccale.

Parmi les principales causes d'origine nasale, nous pourrions citer :

Les sécrétions leucorrhéiques de la mère, qui, au moment de la naissance de l'enfant, risquent d'infecter la muqueuse nasale ;

L'eau contaminée des bains servant au transport des germes infectieux ;

Une petite poussée érysipélateuse de la face, consécutive elle-même à une excoriation cutanée ou à une plaie produite pendant l'extraction du fœtus, par le forceps, comme cela eut lieu dans l'observation IV du Dr d'Arcy Power.

Enfin, la cause véritable peut demeurer cachée, bien que l'on soit en droit d'affirmer que l'infection ait envahi primitivement le sinus. Notre observation, seule, sans doute, ne plaide-t-elle pas nettement en faveur de l'existence chez l'enfant nouveau-né d'une sinusite vraiment primitive ? On constate en pareil cas, au début de l'affection, ainsi que nous l'avons signalé, une gêne respiratoire très notable.

Plus souvent, l'infection débute par la muqueuse buccale, laquelle présente une porte d'entrée. Elle se propage au périoste du rebord alvéolaire et aux follicules dentaires pour gagner secondairement le sinus. L'agent pathogène, habituellement observé, est le staphylocoque doré ; il est apporté par la mère ou la nourrice, atteintes elles-mêmes d'ulcérations ou d'abcès du mamelon (voir les obs. V et VI de Douglas et de Castex).

Parfois, vu la diffusion des lésions, caractérisées par l'existence de nombreux points de nécrose au niveau du maxillaire supérieur et l'élimination de séquestres, on peut songer au diagnostic d'ostéomyélite.

Rudeaux et Greidenberg, dans leurs observations, accusent l'éruption prématurée d'une dent, d'avoir été le point de départ de la suppuration du sinus maxillaire. Cependant une

pareille opinion nous paraît assez discutable, car on peut tout aussi bien admettre que l'éruption de la dent a lieu sous la poussée de l'inflammation suppurative. A l'appui de cette idée, nous relevons les caractères suivants : la fréquence de l'apparition d'une dent sur la gencive supérieure ; la rapidité avec laquelle elle survient, parfois dans l'espace d'une nuit, comme l'a observé Greidenberg ; la faible adhérence de cette dent et enfin sa chute presque immédiate.

Ajoutons que Spencer signala un cas d'empyème, consécutif au noma.

SYMPTOMES. — La symptomatologie est relativement simple.

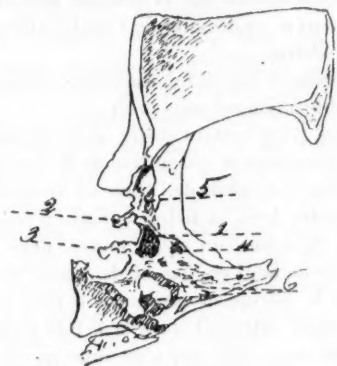


FIG. VII

*Enfant de 7 semaines. — Coupe frontale de la fosse nasale droite par l'alvéole de la première prémolaire. Segment antérieur de la coupe.*

1. Cavité du sinus ; 2. Cornet moyen ; 3. Cornet inférieur ; 4. Canal sous-orbitaire ; 5. Cellule ethmoïdale ; 6. Alvéole et première prémolaire.

L'empyème du sinus, vu, sans doute, la faible résistance des tissus, chez le nouveau-né, tend rapidement à s'extérioriser. Notons cependant que chez l'enfant que nous avons observé, le début s'annonça par une gêne respiratoire très marquée. Dans la plupart des cas, l'attention se trouve attirée par l'apparition d'un gonflement et d'une rougeur de toute une moitié de la face, ces symptômes ne tardant pas à se localiser plus

particulièrement à la région sous-orbitaire. De plus, à l'examen de la cavité buccale, on découvre fréquemment sur la gencive supérieure qui est tuméfiée, ou au niveau de la fosse canine, une dent en éruption, laquelle est d'ailleurs peu adhérente. Quelquefois, il existe, comme dans les observations de Douglas et de Castex, un soulèvement de la moitié correspondante de la voûte palatine ; le maxillaire supérieur semble alors faire saillie dans toutes les directions.

A sa période d'état, l'affection est caractérisée par :

a) Un écoulement continu de pus sanguinolent par la narine, qui s'accroît à chaque pression exercée sur la joue, au niveau de la fosse canine, sur la tumeur sous-orbitaire, à un centimètre environ au-dessous de l'angle interne de l'œil, ou sur la voûte palatine.

b) La formation d'une fistule succédant à l'ouverture de la tuméfaction phlegmoneuse sous orbitaire.

c) L'existence d'un certain degré d'exophtalmie avec hyperhémie des paupières et congestion de la conjonctive.

d) Quelquefois l'ouverture de l'abcès au niveau de la gencive.

De l'eau injectée dans la fistule cutanée sous-orbitaire sort par la narine. De même, un stylet, engagé dans l'orifice de la fistule, se dirige de haut en bas et de dehors en dedans dans la direction de la narine et rencontre le plus souvent de l'os dénudé. Un stylet introduit dans la fistule gingivale pénètre dans une cavité assez vaste, qui n'est autre que la cavité alvéolaire.

A ces signes, viennent fréquemment s'ajouter quelques phénomènes généraux : cris, agitation, dépérissement de l'enfant, élévation de température, qui s'atténuent dès que le pus trouve une issue.

La durée de l'affection est extrêmement variable ; elle dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle on intervient et des soins consécutifs. La sécrétion de pus, sans cesser tout à fait, peut diminuer considérablement, pour se reproduire peu de temps après, et cela à diverses reprises, tant que le dernier séquestre n'est pas éliminé.

Il persiste même quelquefois, après cicatrisation complète des fistules sous-orbitaire et alvéolaire, un léger écoulement

purulent ou séro-purulent par la narine, comme en témoignent notre observation personnelle et celle de Rudeaux.

TRAITEMENT. — Il ne peut être question d'un traitement médical. Les lavages ne sauraient donner de résultat; ils devraient être continués un certain temps, et l'état précaire de l'enfant exige une guérison rapide.

Trois voies s'offrent à nous pour le traitement chirurgical de la sinusite maxillaire du nouveau-né.

a) La voie buccale.

b) La voie nasale.

c) La voie externe.

1° *Voie buccale.* — Il paraît simple, au premier abord, d'agir chez le nouveau-né comme chez l'adulte et de le guérir par l'opération de Luc : incision de la gencive, rugination, attaque au ciseau de la fosse canine, ablation de la paroi antérieure et large contre-ouverture de la paroi nasale. Mais la chose n'est pas possible. Lorsqu'on incise dans le sillon gingivo-labial, les tissus sont si tendres que le bistouri tombe d'emblée dans une cavité, mais celle-ci n'est pas le sinus, c'est la cavité alvéolaire, séparée elle-même du sinus, comme nous l'avons vu, par une épaisseur d'os de deux millimètres au moins. Si, ensuite, on prend la curette, pour nettoyer la cavité ouverte par le bistouri, ce ne sont pas des granulations qu'on en retire, mais de petits corps blancs et durs : les dents. Un essai d'intervention par voie buccale est donc à rejeter pour une double raison : elle ne mène pas directement dans le sinus, mais dans la cavité alvéolaire; elle entraîne la chute de plusieurs dents, lesquelles sont perdues à jamais.

2° *Voie nasale.* — Théoriquement, elle serait bonne; pratiquement, elle ne vaut rien : en effet, la rhinoscopie n'est pas faisable chez le nouveau-né et l'effraction de la paroi externe ne pourrait s'effectuer qu'à l'aveugle et au jugé. Or, le sinus étant situé tout près de l'orbite, une échappée serait facile et dangereuse. De plus, malgré nos mensurations exposées plus haut, on n'est jamais sûr d'avoir pénétré dans le sinus.

3° *Voie externe.* — Elle est certainement la plus aisée. Il faut se rappeler que le sinus est situé juste en dedans du trou sous-orbitaire et légèrement au-dessus. On fait une petite inci-

sion partant du pied de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et atteignant le tiers moyen du plancher orbitaire; on rugine en ayant soin de bien mettre à jour le trou sous-orbitaire, qu'on prend pour point de repère. On fait sauter la paroi osseuse un peu en dedans et au-dessus de cet orifice; on ouvre aussi largement que possible le sinus, on curette, on inspecte la cavité et on fait une large contre-ouverture nasale. Cependant la paroi osseuse externe est généralement assez épaisse; il serait plus facile d'ouvrir le sinus par le plancher de l'orbite, qui n'est séparé du sinus que par une cloison très mince et presque transparente, mais nous croyons préférable de ne pas pénétrer dans l'orbite d'un enfant en si bas âge.

Nous venons d'établir les voies d'accès au sinus, quel traitement choisirons-nous?

Etant donné que la voie nasale est incertaine et dangereuse; que la voie buccale ne permet pas d'aborder directement le sinus et compromet la dentition, une seule voie nous reste, la voie externe, d'autant plus indiquée que, dans la plupart des cas, la route nous aura été tracée par la nature. S'il existe une fistule, l'incision doit se faire sur cette dernière; on rugine et on agrandit le trajet fistuleux autant qu'il est possible pour permettre un curetage soigneux et une inspection complète de la cavité. On fait ensuite une large contre-ouverture nasale. Un pansement au collodion est appliqué sur la plaie externe.

S'il n'y a pas de fistule, on fait l'incision, comme nous l'avons indiqué plus haut, et une fois l'os effondré, on termine l'opération comme en cas de fistule.

S'il y a un fistule gingivale, il sera bon de laver pendant quelque temps la cavité alvéolaire et on n'arrivera à la cureter que si les lavages restaient sans succès ou si l'état du petit malade n'était pas satisfaisant.

S'il existe une fistule gingivale avec suppuration nasale sans fistule cutanée, la famille peut se refuser à une opération, laissant sur la peau une cicatrice. On est donc forcé dans ces cas d'opérer par voie buccale. Il faut bien se rappeler alors que le sinus ne peut être abordé directement par cette voie et que l'on doit passer tout d'abord par la cavité alvéolaire. On effondre donc cette cavité le plus en dedans possible, puis la

curette menée en haut et en dedans, on perce la lame osseuse qui sépare les deux cavités. On établit ainsi une communication assez large pour faciliter le curetage du sinus.

On a tout intérêt dans cette opération à ne pas cureter trop en dehors : moins on ira en dehors, et moins les dents auront chance de tomber.

De toute façon, la guérison radicale serait difficile à obtenir, vu la friabilité des parois et le danger qu'il y aurait à mener la curette avec trop de vigueur.

---

### III

TRAVAIL DU SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HOPITAL  
LARIBOISIÈRE

---

## TUBERCULOSE NASALE ET MÉAT INFÉRIEUR ; DEUX CAS DE TUBERCULOSE NASO-LACRYMALE

Par **Henri CABOCHE.**

On décrit classiquement à la tuberculose nasale (outre une forme miliaire aiguë) : une forme primitive caractérisée par une tumeur implantée sur la cloison nasale ; une forme ulcéreuse, secondaire, dont la lésion présente les caractères habituels de l'ulcération tuberculeuse ; et une forme atténuée ou *lupus* de la pituitaire.

Dans ces différentes formes la lésion siègerait presque exclusivement sur la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, ou sur le tiers antérieur des cornets inférieurs (on peut discuter et on a discuté la valeur de cette distinction en trois formes de la tuberculose nasale). Nulle part, il n'est question du méat inférieur comme siège initial de la tuberculose nasale.

Pourtant, le fait ne nous paraît pas sans importance.

Dans un travail paru récemment dans ce journal, nous avons montré que, parfois, le *lupus* nasal débute par le méat inférieur, produisant rapidement l'infection des voies lacrymales ; en sorte que la présence de l'épiphora doit faire rechercher le *lupus* au méat.

Dans ces cas, rien ne prouve que l'infection des voies lacry-



males soit de nature tuberculeuse, il est même vraisemblable qu'il s'agit d'une infection banale, nullement spécifique, survenue à l'occasion des lésions du méat.

Dans les deux observations que nous publions aujourd'hui, la lésion tuberculeuse a rapidement envahi les voies lacrymales, pour, de là, se propager à la peau de la joue, soit sous forme de lupus, soit sous forme de tuberculose cutanée. Ce n'est donc plus simplement de tuberculose nasale qu'il s'agit, mais de ce qu'on pourrait appeler la *tuberculose naso-lacrymale*.

## OBSERVATION I

*Tuberculose du méat inférieur. Larmolement. Fistule lacrymale.*

F. G., 11 ans, vient dans le service du Dr Sébilleau à Lariboisière, où il nous est adressé par le Dr Morax, le 24 octobre 1905.

Son attention a à peine été attirée du côté de ses fosses nasales par un peu de gêne respiratoire. Il nous est envoyé du service d'ophtalmologie pour voir si quelques lésions nasales ne contribueraient pas à entretenir l'infection de ses voies lacrymales.

Il a été opéré, en effet, en juin 1905, pour de la périécystite lacrymale. Depuis, une fistule lacrymale persiste, minuscule, recouverte d'une petite croûte mélécrérique.

L'enfant a été élevé au sein par sa mère. Celle-ci, atteinte de lupus de la face, est morte alors que l'enfant était âgé de 5 ans et demi.

Le début du larmolement remonterait à l'âge de 5 ans. Un an plus tard, serait apparue déjà une fistule lacrymale qui se serait tarie quelque temps après.

A la rhinoscopie, on ne constate au premier abord que de simples lésions de catarrhe chronique, avec pâleur générale de la muqueuse. Les cornets sont de volume normal, plutôt un peu hypertrophiés.

A un examen plus attentif, on constate la présence dans le méat inférieur droit, à sa partie antérieure, d'une sorte de fongosité molle, blanchâtre, frambœsoïde, saignant au contact du stylet, et du volume d'un tout petit pois. Sans un examen systématique, du méat inférieur, cette lésion serait passée inaperçue. Elle se différencie mal, en dehors, de la face méatique du cornet inférieur.

L'enfant présente les attributs extérieurs du lymphatisme (pâleur, bouffissure des lèvres, cils très longs, adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes bilatérales).

Pas de végétations adénoïdes. J'enlève à la curette la petite fongosité, pour l'inoculer dans la gaine du grand droit d'un cobaye.

Badigeonnage à l'acide lactique au 1/10.

Nous revoyons l'enfant le 22 novembre ; dans l'intervalle nous lui avons fait subir un deuxième curetage de la fongosité qui avait récidivé.

Les adénopathies cervicales ont énormément diminué.

Le cobaye inoculé meurt accidentellement huit jours après l'inoculation.

Le 10 janvier 1906, la fistule se transforme, elle a augmenté de volume et ses bords se décollent.

La fongosité du méat inférieur est reparue pour la troisième fois, plus volumineuse.

Nous essayons de faire la méatoscopie avec un long spéculum analogue au spéculum de Toynbee, mais dont la partie tubulaire deux fois et demie plus longue a la forme d'un cylindre aplati sur un de ses diamètres. Nous constatons alors que la face méatique du cornet inférieur est fongueuse, saigne au contact du spéculum : la fongosité visible par la simple rhinoseopie provient vraisemblablement de là.

En outre, le malade se plaint, cette fois, de gêne très manifeste de la respiration nasale du côté malade. Effectivement, le cornet inférieur de ce côté, toujours très pâle, a triplé de volume depuis notre dernier examen ; il est actuellement directement en contact avec la cloison nasale.

Nouveau curetage après résection de la tête du cornet inférieur. Nouvelle inoculation dans la gaine du grand droit d'un cobaye.

La résection du cornet s'accompagne d'un bruit sec, cassant, analogue à celui produit par l'écrasement du verre ; comme si le cornet osseux était atteint d'ostéite.

Dès le début de février on constate sur le cobaye inoculé un chancre caractéristique au point d'inoculation, accompagné d'adénites inguinales. Il semble donc bien que l'inoculation soit positive. Pourtant, actuellement le cobaye est encore vivant et nous voulons attendre encore avant de le sacrifier.

15 février. — Nous revoyons le malade. A la place de la fistule on trouve une ulcération de la dimension de deux pièces de vingt centimes accolées. Les bords sont décollés, bleuâtres, le fond est

bourgeonnant, mamelonné. L'ensemble est rose violacé. Aucun nodule lupique à la périphérie.

Pointes de feu sur l'ulcération. Malade encore en traitement.

## OBSERVATION II

*Tuberculose du méat inférieur. Larmolement. Fistule lacrymale.  
Lupus de la face et lupus du larynx.*

Louise B., 17 ans, vient à la consultation laryngologique de l'hôpital Lariboisière le 20 mars 1906.

Elle est soignée à l'hôpital Saint-Louis pour lupus de la face et nous est adressée pour une gêne considérable de la respiration nasale dont elle se plaint depuis un certain temps déjà.

Trois ans avant notre examen, apparaissait un larmolement bilatéral qui avait été précédé, cinq ou six mois avant, d'une gêne prononcée de la respiration nasale, surtout à droite.

Depuis l'âge de trois ans, d'ailleurs, la malade déclare avoir toujours mouché beaucoup de croûtes épaisses et sentant mauvais. Puis, avec la disparition des croûtes, apparurent la gêne respiratoire et le larmolement.

Actuellement elle présente un lupus de la joue droite et de la partie gauche de la face au-devant de la région massétéline ; tous les deux en voie de guérison. En outre, une ulcération existe à l'angle externe de l'œil gauche, dans la région du sac lacrymal. Ulcération violacée à bords atones, décollés, et irrégulièrement déchiquetés, à fond granuleux et fongueux.

Le lupus de la pommette droite serait survenu il y a deux ans et demi ; greffé sur une ulcération consécutive à une fistule lacrymale ayant succédé elle-même à un abcès du sac.

Six mois après, apparaissait le lupus de la partie gauche de la face greffé sur une adénite pré-massétéline qui suppura et s'ouvrit spontanément.

Actuellement on constate une plaque cicatricielle du volume d'une pièce de cinq francs, à cheval sur la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, au-devant du masséter ; entourée d'un cercle de nodules lupiques en évolution. A la palpation on sent encore au centre de la plaque un ganglion mobile non adhérent à la peau.

Quant à l'ulcération de la région lacrymale gauche, elle est sur-

venue il y a trois semaines, consécutivement à un abcès du sac incisé dans le service du Dr Morax à Lariboisière.

La rhinoscopie antérieure montre à une première inspection des lésions bilatérales de rhinite hypertrophique ; mais, à un examen plus attentif, on peut voir de chaque côté, dans la partie antérieure du méat inférieur, la même petite fongosité que nous avons déjà décrite dans l'observation précédente.

Cavum sain.

Lésions lupiques manifestes de l'épiglotte, pas de lésions de l'oropharynx.

Poumons : rien d'anormal à l'auscultation.

Le 24 mars 1906, nous pratiquons la résection du 1/3 antérieur du cornet inférieur pour nous donner du jour sur la région méatique.

Nous désinsérons d'abord la tête du cornet inférieur à la petite pince emporte-pièce de Ruault ; puis le 1/3 antérieur du cornet, en longeant autant que possible l'arête de son bord supérieur. A notre grande surprise, il nous est très difficile d'insinuer l'instrument entre la face externe du cornet et la paroi sinusale du méat. De plus, quand la résection du cornet est terminée, cette paroi sinusale, au lieu de son aspect lisse habituel, se présente rugueuse, rougeâtre, saignante, tomenteuse.

Nous en faisons le curetage et adjoignons un badigeonnage à l'acide lactique au 1/10.

Malade encore en traitement.

Quelle est la nature de cette lésion du méat inférieur ? — Le doute ne nous semble guère possible.

L'observation I nous paraît très démonstrative à cet égard. — L'ulcération lacrymale est évidemment le reflet ou plutôt la propagation de la lésion méatique. Or, cette ulcération a tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse (à noter qu'il n'y a nulle part à sa périphérie de nodules lupiques). D'ailleurs, l'inoculation au cobaye a été positive, puisqu'un mois après il y avait un chancre au point d'inoculation et adénites inguinales.

Dans l'observation II, les lésions ressemblent trop à celle de l'observation I pour ne pas être de même nature : même fongosité du méat inférieur, même larmolement ; lupus cutané succédant à la fistule lacrymale.

Mais ici les lésions sont beaucoup plus étendues puisque la face méatique du cornet inférieur est très adhérente au méat, et que la face sinusienne de ce dernier est fongueuse dans toute l'étendue de la résection du cornet inférieur (1/3 antérieur).

Toutefois, si la nature tuberculeuse de l'affection ne nous paraît pas pouvoir être sérieusement discutée, nous sommes assez embarrassés pour la faire rentrer dans une des formes connues de tuberculose.

S'agit-il de tuberculose proprement dite? S'agit-il de la forme atténuée, de lupus?

Les lésions présentent vraiment un aspect bien différent de celui qu'on est habitué de voir dans le lupus de la pituitaire.

Sans doute celui-ci peut débiter par le méat inférieur. Dans un article paru dans les *Annales* (tome XXXII, 1906) et auquel nous avons déjà fait allusion, nous avons bien décrit un début à forme lacrymale du lupus de la pituitaire. Mais dans ces cas de lupus, ce que nous avons vu ce sont de simples *granulations* du volume de deux à trois têtes d'épingles situées sur le plancher du méat, et non pas cette *fongosité* pendante du méat inférieur et de la face méatique du cornet. Dans ces cas, comme dans les 15 autres cas de lupus de la pituitaire que nous avons pu examiner, jamais l'examen du méat inférieur à l'aide de notre spéculum ne nous a révélé de pareilles lésions fongueuses.

Enfin ce que montre la rhinoscopie, au cas de lupus, ce n'est pas une hypertrophie lisse, volumineuse du cornet inférieur, comme dans nos deux cas, mais, avec une augmentation de volume très faible du cornet ou même un peu d'atrophie, un aspect mamelonné tout à fait caractéristique.

Nous rapprocherons plutôt la lésion de celle décrite par Melzi, dans les *Archives internationales de laryngologie* (Melzi, ulcération tuberculeuse primitive du cornet inférieur, *Archiv. internat.*, juillet-août 1904). Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans venue à sa consultation pour obstruction nasale considérable. L'aspect objectif était celui d'une rhinite hypertrophique banale : turbinotomie.

La face méatique du cornet inférieur est trouvée occupée

par une large ulcération complètement insoupçonnée, et qui, examinée histologiquement, laissa voir de nombreuses cellules géantes.

Nous croyons donc qu'il s'agit là d'une forme de tuberculose de localisation spéciale. D'une sorte de tuberculose végétante du méat inférieur.

Quelle est la pathogénie de cette affection ?

Deux explications se présentent à l'esprit :

1° Ou bien le méat inférieur est contaminé primitivement par l'air qui pénètre dans les fosses nasales. L'infection des voies lacrymales est alors ascendante.

2° Ou bien l'infection du méat se fait par les larmes : c'est une infection descendante de la fosse nasale.

La première explication nous paraît la bonne, et cela, pour les raisons suivantes :

A) parce que *théoriquement* la voie nasale constitue une porte d'entrée autrement large que les deux minuscules points lacrymaux.

B) parce que *cliniquement* les lésions nasales ont précédé le larmolement. C'est six mois avant l'apparition du larmolement que notre deuxième malade se plaint de gêne respiratoire.

D'ailleurs, très rapidement, méat inférieur et voies lacrymales se trouvent simultanément atteints : il s'agit alors, véritablement, de *tuberculose naso-lacrymale*.

Ajoutons que, dans l'observation I, le cornet inférieur s'est montré atteint d'ostéite (section friable, cassante, vitreuse). S'agirait-il d'une infection tuberculeuse primitivement osseuse comme Koschier en a publié quelques cas ? (Koschier, *Wien. Clin. Woch.*, n° 37-42, cité par Melzi.)

Nous pouvons dire, pour conclure : Il existe une forme de tuberculose nasale végétante, débutant par le méat inférieur ; qui, rapidement, envahit les voies lacrymales, constituant ainsi la tuberculose naso-lacrymale.

Fonctionnellement elle se traduit par de simples troubles d'obstruction nasale et de l'épiphora.

Objectivement elle se caractérise par de l'hypertrophie du cornet inférieur, cachant des lésions fongueuses du méat, et,

rapidement, par la fistule lacrymale et la tuberculose cutanée.

En terminant nous croyons devoir insister sur la nécessité de faire, dans tous les cas d'épiphora, la méatoscopie, soit à l'aide de notre spéculum, soit à l'aide du spéculum dilatateur de Killian. De cette façon on peut espérer dépister la lésion au début et éviter, par un traitement approprié, l'envahissement des voies lacrymales, et, secondairement, de la peau.

Le traitement a été conduit de la façon suivante : turbino-tomie du cornet inférieur ; curettage du méat et badigeonnage à l'acide lactique. Concomitamment, les lésions des voies lacrymales étaient traitées dans le service d'ophtalmoscopie par les procédés habituellement employés pour les tubercules du sac.

---

#### IV

### NOUVEAU CAS DE LARYNGECTOMIE TOTALE EN DEUX TEMPS

Par **LE BEC**, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.

J'ai déjà eu l'occasion de publier, dans ce journal, 5 cas de laryngectomie totale par ce procédé. Voici un nouveau cas opéré en mars de cette année. Tout s'est passé avec une simplicité et une facilité surprenantes, que je n'avais pas encore vues. Le malade a supporté les deux opérations sans presque être incommodé.

M. C..., professeur, a remarqué que sa voix se voilait depuis treize à quatorze mois. Depuis huit mois, il est presque aphone. Il a remarqué en même temps qu'il a maigri, mais ne ressentait pas de douleurs.

En janvier 1906, les douleurs ont fait apparition. C'est une souffrance lancinante, presque continue, mais rarement insupportable, sauf quelquefois pendant la nuit. Elle se manifeste à droite du cartilage thyroïde. Elle est augmentée par la salivation et la déglutition.

La respiration est gênée, il s'est établi du cornage. La marche est devenue difficile à cause de l'essoufflement. Depuis deux mois, l'état général est moins bon, le malade mange mal et maigrit beaucoup.

Examen laryngoscopique fait par le Dr Chatellier. On constate une masse bourgeonnante, occupant les deux cordes vocales. Le larynx est peu sensible à la pression, sauf en haut et à droite. Les ganglions du cou sont sains, le mal ne semble pas avoir dépassé le larynx.

Je me décide à intervenir le 30 mars 1906.

*Première opération.* — Je fais une large incision allant du sternum au cartilage thyroïde. Je sépare les muscles sterno-hyôïdien et sterno-thyroïdien. Je relève l'isthme du corps thyroïde qui sai-



gne beaucoup. La trachée est découverte. Je la dissèque sur les côtés en ménageant tout ce que je puis du tissu cellulaire, pour éviter la nécrose des anneaux, dont les vaisseaux pourraient être détruits. Je la sépare de la fosse antérieure de l'œsophage, et je la renverse en avant. Quand elle est assez mobile, je la fixe à la peau par six à sept points de suture à la soie. Une canule d'argent est mise dans la trachée.

Le malade s'habitua très bien à cet état de choses, et guérit sans fièvre. Les fils de soie furent retirés le dixième jour, et l'on vit que la trachée était solidement fixée au fond d'un entonnoir cicatriciel.

*Seconde opération.* — Au bout de vingt jours le malade fut de nouveau endormi. Je fis une incision partant de l'os hyoïde et se bifurquant en bas de chaque côté de l'ouverture trachéale. L'isthme du corps thyroïde fut sectionné et les deux moitiés écartées. Les muscles sterno-thyroïdiens furent détachés et écartés. Le larynx fut disséqué sur le côté et enlevé, comme une tumeur de bas en haut, et détaché de l'os hyoïde. J'eus soin de ménager les attaches des muscles du pharynx qui restait ouvert.

Une sonde œsophagienne fut introduite par le nez et descendue dans l'estomac. Par-dessus la sonde, les muscles pharyngiens furent suturés sur deux plans, formant ainsi un canal bien refermé. Par-dessus, je ramenai toutes les parties molles, en les fixant par des points au catgut. Deux tubes à drainage furent placés sur les côtés, et la peau fut suturée verticalement.

Tout se passa sans fièvre. La température ne dépassa jamais 38°. Les sutures furent retirées le douzième jour, le drain le seizième jour et la sonde le vingtième jour. Le malade se nourrit encore pendant quelques jours avec des aliments liquides, puis pâteux. Depuis assez longtemps, il peut avaler des solides.

La santé est redevenue bonne et, chose curieuse, la voix chuchotée produit des sons assez perceptibles. J'espère donc que ce malade bénéficiera assez longtemps de cette grave intervention.

J'insiste encore sur les avantages de ce procédé en deux temps. Le traumatisme est réellement réduit à son minimum. Chez ce dernier malade, il fut si peu de chose que l'opération nous parut presque bénigne. C'est qu'il avait eu le temps de reprendre des forces entre les deux séances opératoires.

*Examen de la pièce.* — Le larynx est rempli de bourgeons épithéliaux, surtout au-dessous du vestibule.

Histologiquement, c'est un vulgaire épithélioma pavimenteux.

**PARALYSIE RÉCURRENTIELLE  
PAR COMPRESSION THYROIDIENNE — THYROIDECTOMIE  
GUÉRISON**

Par **DIRIART** et **ROZIER** (de Pau) (1).

M<sup>me</sup> X..., 40 ans, cuisinière, originaire des Basses-Pyrénées, a toujours eu une santé des plus délicates. En février 1904 elle fait une infection grippale qui ne dure qu'une quinzaine de jours, mais qui atteint assez fortement son état général; car nous la trouvons trois ou quatre mois plus tard dans un état de faiblesse extrême. Elle ne mange plus. Sa figure devient terreuse. Deux ou trois fois elle crache du sang en assez grande abondance. A ce moment sa maigreur frappe tout son entourage et effectivement elle a perdu 8 kilogrammes en dix mois.

Subitement, au mois de janvier notre malade ne peut plus parler à voix haute; c'est à peine si de temps en temps elle peut émettre dans le courant de la conversation quelques sons nettement perceptibles pour son entourage. Cette aphonie d'ailleurs ne fait qu'augmenter; et au bout de quelques jours c'est à peine si on peut distinguer ce qu'elle dit, car elle chuchote plutôt qu'elle ne parle.

Elle met le tout sur le compte d'un refroidissement, n'attachant aucune importance à cette aphonie. Subitement le tableau devient plus dramatique. Pendant la nuit elle est prise d'un accès de suffocation qui dure cinq à six minutes et qui effraye son entourage. Une crise analogue se reproduit quelques jours après. C'est à ce moment que la malade inquiète va consulter le Dr Diriarth. L'examen complet de la malade n'avait rien relevé de particulier, et le diagnostic allait être rendu bien difficile; lorsqu'il remarqua sur le côté gauche du cou une tumeur goitreuse. La

(1) Communication à la Société française d'oto-laryngologie, mai 1906.

malade n'avait attaché aucune importance à cette grosseur. Elle avoua cependant que depuis quelques mois il lui avait semblé que son cou avait augmenté de volume.

Cette tumeur envahissait la partie gauche de la région cervicale antérieure. Sa limite supérieure correspondait très nettement à la partie moyenne du rebord antérieur du sterno-cleido-mastoidien, dont les fibres musculaires recouvrent une partie de la masse. La partie inférieure plonge dans le creux sus-sternal, mais à l'occasion des mouvements de déglutition on obtient la délimitation très nette de la partie inférieure.

L'aspect général de la tumeur peut être comparé à la forme d'une orange dont le diamètre antéro-postérieur est sensiblement augmenté. Elle paraît mobile. La pression ne provoque pas la moindre douleur. Absence de toute trace ganglionnaire, et pas de tumeur accessoire.

En présence de cette tumeur, de cette voix rauque, voilée, presque pâteuse, et des mouvements respiratoires fréquents s'accompagnant d'un léger tirage, on fait le diagnostic de paralysie récurrentielle par compression thyroïdienne et la malade m'est adressée en vue d'un examen laryngoscopique.

Le pharynx ne présente rien de particulier. L'épiglotte est normale. L'examen du larynx présente une certaine difficulté parce que la tumeur goitreuse a légèrement refoulé le larynx à droite.

La muqueuse laryngienne est rouge, légèrement infiltrée, notamment au niveau des bandes ventriculaires et de la région inter-aryténoïdienne.

Les cordes vocales sont rosées.

Pendant la respiration, la glotte est largement ouverte ; la corde vocale gauche paraît inerte, flasque et comme raccourcie. Elle se tient dans la position intermédiaire entre la position de phonation et de respiration, affectant la position dite cadavérique. Son bord libre est concave. La corde vocale droite est normale (*fig. 1*).

Pendant la phonation, les cordes vocales ne se rapprochent pas. La corde vocale droite vient bien sur la ligne médiane, la dépasse même un peu, mais la corde vocale gauche reste immobile (*fig. 2*).

Quant aux cartilages aryténoïdes, ceux du côté droit se meuvent comme d'habitude, en avant et en dedans, ceux du côté gauche le font aussi, mais dans une plus faible mesure.

Il n'y avait pas de doute, nous portâmes le diagnostic de paralysie récurrentielle gauche par compression thyroïdienne, et nous conseillâmes fortement l'opération pour essayer de parer si possible aux phénomènes de suffocation et d'aphonie.

L'opération fut faite le 2 mars par le Dr Diriar, à sa clinique, avec l'assistance du Dr Darrieu qui chloroformisa la malade.

Après un nettoyage minutieux du champ opératoire, la tête fut posée sur un coussin dur qui permet l'allongement maximum de la région cervicale. On fait une incision qui longe le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien pour aboutir à la partie moyenne du bord supérieur du sternum. Cette incision légèrement oblique de haut en bas, de dehors en dedans, correspond à la partie moyenne de la masse thyroïdienne. Elle intéresse la peau, le tissu cellulaire, les plans aponévrotiques superficiels et moyens, au-dessous desquels on découvre la masse du goitre mobile, que croise diagonalement une grosse veine qui est sectionnée entre deux pinces. Le rebord du sterno-mastoïdien est rejeté en dehors et maintenu dans cette position par un écarteur confié à un aide.

En s'aidant des doigts et de la sonde cannelée et après avoir assuré une hémostase superficielle parfaite, on détache tous les

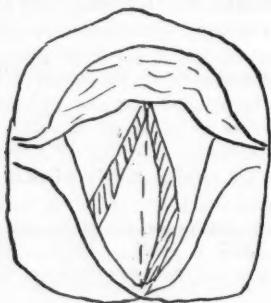


Fig. 1.

plans musculo-aponévrotiques qui fixent la tumeur. Celle-ci devient facilement mobilisable.

A ce moment on détache de l'angle supérieur de la tumeur un pédicule sur lequel on porte à 3 centimètres au-dessus du goitre une ligature au catgut. Ce pédicule renferme la thyroïdienne supérieure. On sectionne au ciseau au-dessous de cette ligature. L'hémostase est satisfaisante.

On récline alors la tumeur en dedans, et dans ce mouvement de bascule on se rend compte nettement qu'un prolongement de

la tumeur se trouve placé dans la gouttière trachéo-œsophagienne et qu'en un point il comprime la région sous-jacente (*fig. 3*).

La libération du pédicule supérieur permet de récliner facilement la tumeur en dedans.

Ce mouvement de bascule met en évidence un pédicule latéral qui renferme la thyroïdienne inférieure, sur lequel on porte une ligature. A partir de ce moment la tumeur est facilement détachée au doigt du plan profond auquel elle n'adhère que par des tractus fibro-musculaires, sans déterminer de déchirures vasculaires importantes.

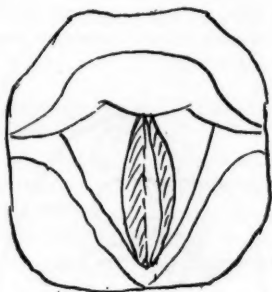


Fig. 2.

On assure une hémostase aussi complète que possible en liant artères et veines pincées au cours de l'opération, en dehors des deux gros pédicules mentionnés plus haut.

Quelques catguts isolés assurent le rapprochement des plans musculaires. Le drainage est assuré par un drain en caoutchouc qui, placé au fond de la plaie, émerge par un orifice situé à trois centimètres en dehors de la suture cutanée. Crins de Florence pour suturer la plaie. Pansement à la gaze iodoformée, ouate.

L'opération ainsi conduite, c'est-à-dire en liant primitivement les deux pédicules supérieurs et inférieurs, a été pratiquée presque sans perte de sang.

Durée de l'opération, un quart d'heure.

Le goitre enlevé avait à peu près le volume du poing. Il était ovoïde, piriforme, allongé de haut en bas. Une coupe de la tumeur nous a montré l'existence de petits kystes inclus dans la masse charnue du goitre, remplis de liquide.

Le jour même de l'opération, il n'y eut pas la moindre élévation de température.

Pouls excellent, respiration normale.

Elle passa successivement bien sa première nuit et n'eut pas la moindre crise de suffocation. Le lendemain notre malade n'avait plus cette voix pâteuse, voilée qu'elle avait auparavant, et qui faisait qu'on la comprenait difficilement. Elle parle à voix basse, c'est vrai, mais sa voix paraît plus forte. Le soir il y a même certains sons aigus que la malade peut émettre : mais la malade étant assez fatiguée, nous imposons le silence le plus absolu.

Le 3 mars, la voix commence à s'éclaircir. Il y a encore quelques trous dans la voix, mais la conversation est possible à voix haute. Cette amélioration va en s'accroissant tous les jours à un tel point que le huitième jour la voix parlée était normale, et nullement bi-tonale.



Fig. 3.

Le travail de cicatrisation de la plaie opératoire suivait son cours normal : et vingt jours après, la malade quittait la clinique complètement guérie.

L'examen laryngoscopique pratiqué six jours après l'opération nous montra un peu de laryngo-trachéite. Pendant l'inspiration la corde vocale gauche a à peu près la même élasticité que la droite. Elle n'est plus en position cadavérique, subissant l'influence physiologique des muscles qui la commandent. Pendant la phonation, les deux cordes se rapprochent. Il y a seulement un peu de parésie de la corde vocale gauche. Quinze jours après, cette parésie n'existait plus.

La malade revue il y a un an, c'est-à-dire il y a un mois environ, jouissait d'une excellente santé. Sa cicatrice était à peine

visible. Son appétit était revenu, et son poids s'était accru de 6 kilogrammes. Quant à sa voix, elle était excellente. Nous ne pourrions d'ailleurs mieux finir qu'en vous disant que cette malade va se marier dans quelques jours.

En résumé, nous avons eu affaire ici à une tumeur goitreuse probablement d'origine sarcomateuse, qui subitement s'est développée, dans la gouttière trachéo-œsophagienne, comprimant la trachée d'un côté, le récurrent de l'autre. Cette tumeur siégeant à gauche, la compression du récurrent n'en a été que plus facile, car nous savons que de ce côté le récurrent n'est guère protégé par la trachée.

De plus, l'hypertrophie du corps thyroïde peut comprimer les récurrents qui au niveau du troisième anneau de la trachée se placent au-dessous de l'extrémité inférieure des lobes latéraux du corps thyroïde. Lubet-Barbon <sup>(1)</sup>, Lermoyez <sup>(2)</sup>, Moure signalent la présence de ces paralysies. Une statistique d'Avellis qui porte sur 150 cas de paralysie récurrentielle nous donne une bonne vue d'ensemble sur la pathogénie de cette affection. D'après cette étude, quatre-vingt-cinq fois seulement l'étiologie put être reconnue et parmi les influences pathogéniques que l'on put déterminer, on trouva en première ligne les anévrismes thoraciques, et en deuxième ligne les tumeurs goitreuses, puisqu'on put les mettre en cause quatorze fois.

Les cas de guérison de paralysie récurrentielle obtenue à la suite de la thyroïdectomie sont peut-être plus rares. Il faut sans doute incriminer le peu d'empressement que le malade met à consulter un médecin et à se laisser opérer, si c'est nécessaire. Le succès que nous avons eu chez notre malade n'est certainement dû qu'à la rapidité avec laquelle on a agi chirurgicalement.

(1) LUBET-BARBON. — *Etude sur les paralysies des muscles du larynx*, Paris, 1887.

(2) LERMOYEZ. — *Les causes des paralysies récurrentielles*. Rapport au Congrès de Laryngologie de 1897.

---

## VI

### APPAREILS AUDITIFS ET MOUVEMENTS OCULAIRES

Par le Prof. **INO KUBO** (Fukuoka, Japon).

Messieurs,

Je voudrais vous communiquer les résultats suivants des expériences sur les mouvements oculaires qui sont provoqués par l'oreille. Je le ferai en résumé.

C'est un fait cliniquement reconnu que le malade se plaint souvent de vertige quand on lui fait des injections dans le conduit externe. Urbantschitsch a déjà remarqué que les injections dans l'oreille, avec de l'eau très froide ou très chaude, provoquent, chez l'homme, le nystagmus.

Baginsky a fait des injections dans l'oreille du chien (après perforation du tympan) avec de l'eau froide et chaude et avec des produits chimiques : il a constaté à la suite du nystagmus. Barany a récemment étudié le nystagmus qui se produit chez l'homme à la suite d'injections dans l'oreille, et il a trouvé que les mouvements du nystagmus, après applications chaudes et froides, se produisaient en sens inverse, tandis que l'eau, à la température du corps, ne provoquait aucun nystagmus.

Barany a trouvé aussi que, après injection dans l'oreille, la direction du nystagmus était changée si le sujet en expérience inclinait la tête en avant et en bas, et il est arrivé à supposer que l'application du chaud et du froid influence le labyrinthe et produit un mouvement de l'endolymphe, qui doit donner pour résultat le nystagmus.

Breuer admet aussi la possibilité que, dans les irritations

(<sup>1</sup>) Communication au Congrès de Lisbonne, avril 1906.



thermiques des canaux circulaires chez les pigeons, il s'agisse de ce phénomène. Jusqu'à présent, les cliniciens ont admis habituellement que les phénomènes décrits ci-dessus étaient provoqués par la voie réflexe des nerfs sensitifs, tandis que d'autres croient que l'augmentation de la pression dans l'oreille ou des lésions du cerveau par les liquides employés peuvent en être la cause.

Pour rendre pratiques, au point de vue clinique et du diagnostic, ces faits intéressants, il faut les établir d'abord sur des expériences faites sur les animaux. J'ai fait ces expériences, sous la direction du prof. Kreidl, sur des cobayes, des pigeons et autres animaux, et, plus tard, à l'Institut zoologique de Trieste, sur des poissons.

Le premier résultat important est que le nystagmus, après irritation thermique de l'oreille, ne se produit que chez ceux où le nerf acoustique est intact, sans participation de la conscience et des nerfs sensitifs ; ce dont on peut se rendre compte expérimentalement par la section du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien, du sympathique (et en même temps des ganglions cervicaux), de l'optique, par narcose profonde, par cocaïnisation et par ablation d'une grande partie de l'écorce cérébrale.

Les résultats importants des expériences sur les cobayes et les pigeons sont les suivants :

1° L'injection d'eau froide (10°-18° C.) dans l'oreille par le conduit externe donne régulièrement, chez les cobayes, un nystagmus horizontal, bilatéral, dont les mouvements sont dirigés vers le nez pour le côté irrité, et vers l'oreille pour le côté non irrité.

2° Les injections d'eau chaude (52°-70° C.) provoquent de même un nystagmus horizontal, bilatéral, dont les mouvements sont dirigés vers l'oreille pour le côté irrité et vers le nez pour le côté non irrité.

3° La latence (c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre l'injection et le moment où commence le nystagmus) dure de 2 à 19 secondes ; la durée du nystagmus est de 56 à 90 secondes, la fréquence des mouvements du nystagmus est de 90 à 140 par minute.

4° La latence est inversement proportionnelle à la différence entre la température du corps et celle de l'eau employée, et directement proportionnelle à la distance entre l'appareil vestibulaire et le point d'irritation. L'eau à la température du corps ne provoque aucun mouvement oculaire.

5° Le changement de position du corps de l'animal modifie la direction et la fréquence du nystagmus seulement après les irritations thermiques ; tandis que la direction du nystagmus n'est pas influencée dans les autres irritations (mécaniques, électriques ou rotation).

6° Les bulbes ont une position caractéristique pour chaque position du corps : 1° déviation verticale, bilatérale inférieure (position latérale I, côté examiné est en haut) et supérieure (position latérale II, côté examiné en bas) ; 2° déviation rotatoire bilatérale gauche (tête en haut) et droite (tête en haut).

7° Par rotation rapide dans le plan horizontal, les bulbes restent fixées en position caractéristique, déviation horizontale droite (par rotation à gauche) et gauche (par rotation à droite).

8° Le changement de direction et de fréquence du nystagmus est indépendant de la position des bulbes.

9° Le nystagmus, après irritation thermique, se produit encore quand un seul muscle de l'œil fonctionne (le muscle droit externe ou interne).

11° Chez les pigeons, les canaux circulaires réagissent mieux que chez les cobayes. Des trois canaux circulaires, le canal circulaire horizontal réagit le mieux sur l'irritation thermique.

11° L'irritation thermique reste efficace si seule la partie moyenne du canal circulaire est excisée ; après ouverture du vestibule, tout effet cesse.

12° Le chaud et le froid ont un effet opposé ; le froid agit plus promptement que le chaud, mais perd plus rapidement son action.

13° La déviation réflexe du bulbe disparaît seulement après la destruction du vestibule.

14° Le nystagmus provoqué par irritation thermique est un

mouvement réflexe conduit par le nerf acoustique du côté irrité.

15° Les irritations thermiques provoquent les mouvements de l'endolymphe ou mouvements en deux directions « vers le canal » et « vers le vestibule ».

Dans ces deux manières, les nerfs ampullaires sont excités.

16° Le mouvement vers le canal, ou mouvement de l'endolymphe, est le principal irritant pour les nerfs ampullaires. Des trois nerfs ampullaires, celui de l'ampoule horizontale est le plus sensible.

17° Le nystagmus est toujours en direction opposée aux mouvements de l'endolymphe.

18° Deux voies centripètes partent de la crête de l'ampoule horizontale. Chaque voie est, du côté centrifuge, en rapport avec les mouvements conjugués des yeux, de façon à ce que, en même temps, le muscle abducteur d'un côté et le muscle interne de l'autre côté soient influencés.

19° Les canaux circulaires et les ampoules sont destinés à recevoir les sensations de la rotation.

20° Les maculae de l'utricule et du sac sont destinées à recevoir les sensations de la position de la tête et du corps, et sont excitables par le mouvement et le glissement des otolites.

21° Les positions caractéristiques des bulbes dans chaque position du corps sont des phénomènes réflexes des otolites.

22° Les irritations thermiques sont à peu près de même qualité et de même genre que les irritations mécaniques indirectes et que les irritations par la rotation, tandis que les irritations électriques agissent directement sur les nerfs.

Chez les poissons (*Scyllium canicula*, *Mustelus lævis*, *Acanthias vulgaris*, *Raja*, *Torpedes marmorata*, *Pétromyzon marianus*, *Pleuronectus platessa*, *Rhombus maximus*), j'ai pu constater et prouver les mêmes changements dans la position des bulbes par la modification de position du corps, que chez les cobayes et les pigeons, et démontrer que ces mouvements réflexes des bulbes sont provoqués directement par le mouvement et le glissement des otolites de l'utricule et du sac.

Le nystagmus rotatoire est nettement à constater chez les requins et les pleuronectides, tandis que l'on ne constatait

que rarement le nystagmus par irritation thermique. On ne constate pas chez les poissons ci-dessus mentionnés l'inversion de direction du nystagmus à la suite du changement de position du corps après irritation thermique.

Je crois avoir prouvé, dans ce qui précède, que le nystagmus est provoqué par différentes irritations (thermiques, mécaniques, électriques, la rotation) des canaux circulaires (ou mieux des ampoules) et que les mouvements des bulbes dans les différentes positions du corps sont provoqués par irritations réflexes de l'appareil otolithique. Ces phénomènes ne sont pas seulement d'un intérêt physiologique, mais doivent être considérés comme de grande valeur au point de vue clinique et du diagnostic.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE  
ET DE RHINOLOGIE DE PARIS*Séance du 20 juillet 1906.*Sous la présidence du D<sup>r</sup> GELLÉ.

1<sup>o</sup> FOURNIÉ. — **Présentation d'un volumineux polype muqueux maxillo-nasal.** — Il n'y a pas que les polypes choanaux qui aient leur point d'implantation dans le sinus maxillaire. Ces myxomes peuvent également avoir des prolongements antérieurs. Dans le cas présenté, le polype était en forme de  $\hookrightarrow$  renversé, la branche horizontale correspondant au pédicule central ; des deux autres branches, l'une postérieure ou choanale était entièrement kystique, tandis que la partie antérieure ou vestibulaire avait la consistance des polypes muqueux ordinaires.

2<sup>o</sup> LERMOYER et MAHU. — **Contribution au traitement de l'otite adhésive.** — Après avoir essayé sans résultat, il y a quatre ans, les injections hypodermiques de thiosinamine (en solution alcoolique à 15 %), en vue de tenter le ramollissement du tissu cicatriciel de l'oreille moyenne dans l'otite adhésive, les auteurs ont eu récemment l'idée de traiter cette affection par des bains locaux avec la même solution. Ces bains d'oreille quotidiens avaient une durée d'une dizaine de minutes et furent, chez quelques malades, suivis d'aspiration dans le conduit faite à l'aide du masseur de Delstanche. Six malades sur huit atteints d'otite adhésive et chez lesquels, bien entendu, la perception osseuse était conservée, virent leur audition très notablement et rapidement améliorée. Chez deux d'entre eux on eut à déplorer le retour de l'écoulement et des hémorragies répétées. Pour obvier à ces inconvénients, peut-être attribuables à l'alcool, les auteurs essaient actuellement des solutions aqueuses de thiosinamine.

MOUNIER. — Ce médicament agit peut-être comme irritant sur le fond de caisse à la façon de la solution iodo-iodurée employée autrefois par Miot dans l'otite adhésive.

COURTADE. — La thiosinamine, suivant certains auteurs, n'a produit d'effet que quand on y a joint le traitement local de l'otite. — Albert Robin a prescrit quelquefois ce médicament à l'intérieur. — A propos des hémorragies observées, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer chez des albuminuriques : c'était un polype qui saignait.

MAHU. — Ce n'était pas le cas chez nos malades dont le fond de caisse, complètement épidermisé, ne présentait aucune fongosité.

3° G. GELLÉ et COUTELA. — **Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien** (*Présentation de la pièce et des coupes microscopiques*). — Malade de 22 ans, entrée à l'hôpital pour chorio-rétinite pigmentaire hérédosyphilitique, portant des cicatrices d'intervention pour tuberculose osseuse du genou et chez laquelle on vit se développer une volumineuse tumeur faisant saillie dans le cavum, à développement et ulcération rapides et ayant été prise au début pour une gomme syphilitique. Le traitement iodo-mercuriel fut sans effet. La malade, qui n'avait présenté comme symptômes que de la paralysie du voile du palais, des troubles de la mobilité oculaire et de la parésie de l'hypoglosse, succomba au bout d'un mois avec des accidents pulmonaires (congestion de la base, dyspnée, etc.).

A l'autopsie, on trouva un sarcome de la base du crâne. Le sinus sphénoïdal avait disparu, le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire de l'occipital avaient été envahis. La tumeur avait détruit tout le tissu osseux sauf les condyles occipitaux ; elle s'arrêtait en avant, au niveau de la selle turcique et faisait saillie à la partie inférieure de la grande aile du sphénoïde.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre :

1° Rareté du fait ;

2° Difficulté du diagnostic (absence de tout élément clinique du syndrome hypophysaire, intégrité du cerveau, etc.) ;

3° Localisation de l'origine de la tumeur (sinus sphénoïdal ou glande pituitaire ?).

4° FÉLIX REGNAULT présente à la Société une série de terres cuites grecques antiques, représentant des maladies du nez et de la bouche, ainsi que des photographies de terres cuites de même nature, dont la collection est au musée du Louvre et qui ont été découvertes au cours de fouilles pratiquées à Smyrne.

---

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1)

*Séance du 26 juin 1905.**Président : V. URBANTSCHITSCH**Secrétaire : HUGO FREY*

ALT présente un garçon de 9 ans atteint de paralysie du muscle abducteur de l'œil, de cause otogène. — En février 1905, l'enfant tomba malade d'une otite moyenne suppurée aiguë gauche, avec forte fièvre et tuméfaction sensible de l'apophyse mastoïde. La douleur, la fièvre et les symptômes de mastoïdite rétrocedèrent, mais se montrèrent de nouveau au commencement de mars et, le 11 mars, la trépanation de l'apophyse mastoïde, avec large ouverture de l'antre, fut nécessaire. On trouva dans les cellules de l'apophyse et dans l'antre une sécrétion muco-purulente. Le traitement post-opératoire fut long à cause d'une sécrétion abondante de muco-pus. Après sept semaines, il se produisit soudainement une paralysie complète du muscle abducteur de l'œil. L'œil ne pouvait aller à gauche au delà de la ligne médiane. Il n'y avait ni vertige, ni douleurs de tête, ni élévation de température. Alt exécuta l'opération radicale par laquelle on reconnut une fistule dans le canal circulaire horizontal. Pendant deux semaines la paralysie de l'abducteur persista, aussi longtemps que dura la sécrétion de la plaie. La sécrétion tarie, la paralysie se transforma lentement en parésie et, au moment de la démonstration, elle se voit encore. Alt ne croit pas que la paralysie du muscle abducteur soit de cause centrale, mais qu'il s'agit d'une paralysie réflexe par la voie du nerf vestibulaire, dont les relations avec le noyau des nerfs oculaires sont très étroites. Il n'y avait aucune raison d'admettre une névrite infectieuse de l'abducteur.

ALT communique ensuite deux cas de méningite tuberculeuse consécutive à une inflammation suppurée aiguë de l'oreille moyenne, chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire au premier degré.

(1) Compte rendu par LAUTMANN d'après la *Monatsh. fur Ohrenheilkunde*, n° 3, 1906.

NEUMANN se souvient d'une discussion récente sur ce sujet. Il s'agissait de trois cas de fistules des canaux circulaires, et depuis on a vu cinq nouveaux cas dans lesquels, à la suite de l'opération labyrinthite suppurée, une paralysie et des troubles des muscles oculaires se sont déclarés.

SACHO fait observer que les malades corrigent la diplopie. — GOMPERZ demande comment est l'état général du malade, puisque la fistule du canal circulaire dans l'otite aiguë est une exception, et qu'on peut suspecter une maladie générale, comme par exemple la tuberculose.

ALT répond à Neumann qu'à la discussion mentionnée il n'était pas présent et qu'il ne se rappelle que de la discussion de 1898.

Kaufmann doute de la relation entre l'otite aiguë et la méningite tuberculeuse dans le cas de Alt. Si les ganglions et ensuite les méninges doivent être atteints, l'intervalle entre l'éclosion de l'otite aiguë et la méningite lui paraît trop court.

ALT dit que dans le premier cas, l'otite s'est déclarée le 1<sup>er</sup> octobre et que le malade est mort le 13 octobre. La marche a été effectivement foudroyante.

BING présente un malade avec une **otite moyenne chronique** et une **destruction du tympan**. — Sur la paroi interne de la caisse on voit un bourrelet osseux s'étendant en haut et en avant, en bas et en arrière et ne laissant libre qu'une partie du plancher et de la paroi interne de la caisse. Il s'agit probablement d'une hyperostose de la paroi postérieure de la caisse.

E. URBANTSCHITSCH présente un **enfant sourd-muet avec anomalies de pigmentation du cuir chevelu et de l'iris**. — A la séance de mars 1903, Hammerschlag a montré deux cas de « surdi-mutité dégénérative » chez lesquels se trouvaient aussi des anomalies de pigmentation, et concluait à la possibilité d'une relation entre les anomalies de pigmentation et la surdi-mutité en les considérant comme signes de dégénération. U. présente un enfant sourd-muet de l'asile des sourds-muets de Vienne. Döbling, avec anomalies dans la couleur des cheveux et colorations différentes des yeux. Le fond de l'œil est normal. La mère de l'enfant a aussi un œil brun et un œil bleu.

#### *Discussion.*

HAMMERSCHLAG dit que l'anomalie du pigment qui, avec raison, peut être considérée comme étiologiquement liée à la surdité hé-



réculaire dégénérative, est l'albinisme du fond de l'œil décrit par lui chez deux hommes sourds-muets. Hanke a constaté que chez les animaux examinés par lui, ce fond de l'œil albinotique se trouve chez les souris japonaises sourdes. Hammerschlag est convaincu que quelquefois dans la surdité héréditaire des hommes on trouve un albinisme partiel même dans d'autres endroits du corps, et il aura occasion de présenter un enfant sourd-muet chez lequel on trouve réunis : la surdité, des troubles de la démarche, albinisme partiel du cuir chevelu et anomalies cong nitaless des yeux.

H. NEUMANN, **présentations** : a) une malade qui a été opérée d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne. Il y avait, avant l'opération, nystagmus des deux côtés et rétrécissement du conduit. L'opération montra une exostose de la grosseur d'un pois à la proéminence du canal horizontal et une hyperostose du tegment tympanique. Le rétrécissement du conduit était circonscrit sur la partie osseuse. N. démontre une préparation de Huguo Frey et trois préparations de Politzer qui montrent la présence d'une exostose dans la paroi interne de la caisse, dont on ne conuait jusqu'à présent que deux cas. Même à un examen superficiel des quatre préparations on a l'aspect d'une radicale naturelle avec guérison d'une labyrinthite suppurée. On voit sur les quatre préparations des fistules de la paroi interne de la caisse, du promontoire, de la proéminence, du canal horizontal, et, sur deux cas, une large ouverture du canal du facial. Il est à supposer que ces exostoses sont le produit d'une périostite plastique et qu'elles nous représentent l'organisation des granulations.

b) Une préparation provenant d'un homme de 26 ans. Il y a deux mois, l'excision d'une tumeur grosse comme le poing dans la région temporale fut pratiquée à la clinique Eiselsberg. Un rétrécissement du conduit par suite de voussure de la paroi de la caisse rendit l'otoscopie impossible. Cette voussure dure était une partie de la tumeur. L'ouïe était bonne. Eiselsberg fit une incision de 6 centimètres de long sur la convexité de la tumeur en avant du pavillon de l'oreille : il s'ensuivit une forte hémorrhagie et l'opération dut être continu e avec la curette. On excisa des cholestéatomes. Il s'agissait ici du soi-disant cholestéatome crânien qui, de cause épidermique, disséminé de l'épiderme à la pie-mère, peut se développer sur n'importe quel point de cette route. D'après la localisation on a pu distinguer le cholestéatome p riostal, osseux et dural. Après l'opération il y eut parésie faciale totale et le nys-

tagmus caractéristique pour les affections du labyrinthe (Barany).

N. a posé le diagnostic de cholestéatome entre la dure-mère et la lame externe de la partie squameuse. La parésie et le nystagmus ont été mis en rapport avec une lésion du facial et de l'étrier pendant l'opération. Deux semaines plus tard, l'otorrhée et des douleurs dans l'apophyse mastoïde. N. exécute une nouvelle opération. On trouve les cellules pneumatiques de l'apophyse remplies de pus fétide, la caisse remplie de la tumeur.

La véritable configuration de la paroi interne de la caisse n'a pu être reconnue qu'après évidemment de toutes les masses néoplasiques. Ouverture large de la dure-mère. La tumeur allait jusque dans la fosse infra-temporale. Il a fallu renoncer à l'extirpation totale de la tumeur.

L'examen histologique d'une partie excisée montra un myélosarcome. Le malade mourut 14 jours après l'opération.

#### *Discussion.*

P. FREY. — Ce cas remet en question la genèse des cholestéatomes. Les travaux de Erdheim et d'autres publications, comme le cas présent, montrent que le cholestéatome primaire du crâne est surtout localisé dans le temporal, mais on n'a jamais pu montrer une préparation de cholestéatomes primaires provenant de l'oreille moyenne. Cette particularité montre que l'oreille moyenne n'est pas un foyer pour le cholestéatome primaire, et si, dans une otite suppurée, on trouve des cholestéatomes, c'est qu'ils sont de caractère secondaire.

Neumann a fait l'examen histologique et otoscopique de l'oreille moyenne dans les cas de Erdheim. Abstraction faite d'une petite lésion dans la membrane de Shrapnell dans un cas, et d'une cicatrice du tympan dans l'autre cas, ils paraissent au-dessus de toute contestation, exactement comme le cas de Schwarze. N. doit avouer que les cholestéatomes primaires sont rares, mais leur existence est démontrée sur certains endroits de la capsule crânienne, là où plusieurs os se rencontrent, par exemple au point de jonction de l'os temporal, pariétal et occipital (astérique). Un second endroit est dans la fosse temporale.

GOMPERZ. — Sur la stérilisation des tampons, pinceaux et instruments pour l'oreille et le nez. Il insiste sur la nécessité de la complète aseptie des instruments et surtout, pour la confection des tampons de ouate, il préconise de brûler la ouate à la flamme. Il faut seulement faire attention de ne pas brûler le co-

ton sans flamme. On peut, de cette façon, improviser partout des tampons stériles en se servant d'une bougie, voire même d'une allumette.

*Discussion.*

E. URBANTSCHITSCH recommande chaudement ce mode de stérilisation qu'il a pratiqué à la polyclinique. Les bactériologistes se servent d'un procédé analogue pour boucher aseptiquement leurs éprouvettes.

POLITZER présente un cas où la paroi externe de l'attique a été, il y a quelques mois, réséquée par le conduit externe, et maintenant la paroi interne de la caisse se montre très bien épidermée. On voit le nouvel épiderme se prolonger sur la plaie de la paroi postérieure du conduit externe. Dans ce cas, comme dans la plupart des cas de radicale, une surveillance s'impose, même après la guérison, parce que la production de l'épiderme se continue même quand la plaie est déjà sèche et il se reforme de cette façon des croûtes derrière lesquelles il peut se produire une récurrence de suppuration.

BARANY. — **Expériences sur le nystagmus provoqué par l'oreille.** — Dans la dernière séance, Barany avait rendu compte des expériences qu'il avait faites sur le nystagmus provoqué par l'oreille. Aujourd'hui il revient sur le même sujet en insistant encore sur les troubles de l'équilibre et leur relation avec le nystagmus. De même il a étudié le nystagmus provoqué par le courant galvanique et il parle d'un nystagmus galvanique comme on parle d'un vertige galvanique.

---

**SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE**

*Séance du 14 février 1906 (1).*

*Président : GRONBECH.*

*Secrétaire : SOPHUS BEUTZEN.*

SCHMIEGELOW. — **Traitement électrolytique des néoplasies du nez, du pharynx et de la langue.** — OBSERVATION I. — Etudiant de 19 ans, porteur d'un angiome caverneux de la langue, narcose générale. Trois séances d'électrolyse, descend à 18° MA. Anode

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après le Rapport de Jörgen Møller.

à la langue, kathode à la nuque. La tumeur a disparu en grande partie.

OBSERVATION II. — Enfant de 5 ans, fibrome du pharynx. Rayons X, sans effet. Deux séances, 150 et 125 MA. Tumeur disparue.

OBSERVATION III. — Garçon de 15 ans, avec grand fibrome du naso-pharynx et de la fosse nasale droite. Deux séances. 300 MA. Kathode par le nez, anode par la bouche dans la tumeur. Tumeur a disparu complètement.

OBSERVATION IV. — Garçon de 14 ans. Ostéo-sarcome du pharynx et de la fosse nasale. Légère amélioration par l'électrolyse. Rayons X sans succès.

GRONBECH. — **Pharyngo laryngite fibrineuse.** — Un homme de 63 ans porte depuis quatre mois des masses fibrineuses récidivantes sur l'épiglotte et sur la paroi du pharynx, résistant au traitement.

NORREGAARD. — **Statistique sur 415 cas d'angine.**

JÖRGEN MÖLLER. — **Polype hémorrhagique du septum.** — Chez une femme de 30 ans, à la suite d'un accouchement, s'est développé un polype du septum saignant à chaque fois que la femme mettait l'enfant au sein.

---

*Séance du 28 mars 1906.*

*Président : GRONBECH.*

*Secrétaire : SOPHUS BEUTZEN.*

JÖRGEN MÖLLER. — **Opération radicale exécutée par la nature.** — Après ablation de masses cholestéomateuses par le conduit, on voit une grande cavité dans l'apophyse mastoïde communiquant avec le conduit. Le tympan est conservé mais fixé en haut et en arrière à la paroi de la caisse, de sorte que la caisse est complètement fermée.

JÖRGEN MÖLLER. — **Tuberculose de l'os temporal.** — Fillette de 11 ans, transportée le 3 mai 1905, à l'hôpital. Otorrhée depuis

un an à droite, mais le tympan paraît intact, examiné à la loupe et à un bon éclairage. Pas de fistule du conduit. Le 4 septembre, s'établit au-dessus et au-dessous de l'oreille une tuméfaction qui se vide spontanément et en partie par le conduit. On trouve la fistule dans la paroi supéro-externe du conduit. Le 28 septembre, excochléation d'un foyer situé au-dessus de l'oreille externe et ablation d'un petit séquestre. Lente guérison.

GOTTLIEB-KIAER. — Parésie bi-latérale de l'abducteur, consécutive à une tumeur du larynx. — Une femme de 45 ans était atteinte d'une ulcération de l'aisselle, qui a guéri au bout de deux ans, à la suite d'un traitement ioduré. Raucité de la voix depuis 1901. En décembre 1901, trachéotomie pour dyspnée, cordes rouges tuméfiées. Après décanulement, respiration striduleuse. L'abduction des cordes est très limitée. Dans l'espace sous-glottique, une tumeur allant presque jusqu'à la commissure antérieure.

SCHMIEGELOW. — Névrite rétro-bulbaire de l'optique, consécutive à la suppuration des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal. — Un garçon de 11 ans tombe malade il y a trois semaines avec fièvre, céphalée, vomissements, douleurs dans l'œil gauche. A l'examen, on constate une névrite rétro-bulbaire de l'optique. La muqueuse du pôle postérieur du cornet moyen est tuméfiée. Il y a du pus dans la région du sinus sphénoïdal, ce qui nécessite son ouverture. Amélioration à la suite de cette opération.

MAHLER. — Carcinome de l'oreille. — Femme de 58 ans. Otorrhée et douleurs depuis six mois. On retire un polype qui, à l'examen histologique, est reconnu pour un cancer. Deux mois plus tard, paralysie du facial. Quatre mois après l'opération radicale, la malade est morte de récurrence.

WALDEMAR KLEIN. — Polype du septum chez un garçon de 11 ans. — Ablation à l'anse. Examen microscopique : angio-fibrome myxo-sarcomateux.

WALDEMAR KLEIN. — Rhinolithes de taille peu ordinaire.

---

*Séance du 2 mai 1906.*

*Président : GRONBECH.*

*Secrétaire : SOPHUS BEUTZEN.*

SCHMIEGELOW. — **Sténose de la trachée traitée par voie autoscopique.** — Un garçon de 6 ans a été trachéotomisé pour le croup. Après le découlement, phénomènes de sténose. Au-dessous des cordes, un granulome qu'on enlève en narcose à l'aide de la spatule de Kirstein. A la suite il s'est développé une sténose cicatricielle sous-glottique nécessitant une nouvelle trachéotomie. La guérison complète n'a été obtenue qu'après perforation par la sonde du tissu sténosant et par une série d'intubations.

SCHMIEGELOW. — **Extraction d'un corps étranger de l'œsophage par œsophagoscopie en narcose.** — Fillette de 8 ans, avale une petite pièce de monnaie. Aux rayons X on voit la pièce à la hauteur de la première vertèbre dorsale.

SCHMIEGELOW. — **Névrite rétro-bulbaire de l'optique, consécutive à une sinusite sphénoïdale et ethmoïdale.** — Une jeune fille de 18 ans se plaint depuis deux ans et demi de maux de tête, surtout dans la tempe gauche. En même temps l'acuité de l'œil droit diminue. Plus tard l'acuité visuelle baisse aussi à gauche, le champ visuel est rétréci. Légère suppuration dans le nez. Résection du pôle postérieur du cornet moyen et de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. La céphalée disparaît, l'acuité et le champ visuels augmentent.

GOTTLIEB KIAER. — **Cancer du larynx. Laryngo-fissure.** — Pas de récidence au bout de trois ans. Chez un homme de 57 ans, on diagnostique, en mai 1902, sur la corde gauche, une tumeur rougeâtre, bosselée. La corde est immobile. Ablation indo-laryngée de la plus grande partie de la tumeur. Examen microscopique : cancer. Récidive le 3 novembre 1902. Plusieurs interventions endo-laryngées suivies de récides. En mai 1903, laryngo-fissure et ablation de la corde gauche et de la partie antérieure de la corde droite. Guérison en 18 jours. Aujourd'hui, trois ans après l'opération, on voit à la place de la corde gauche, du tissu fibreux ; à droite, la corde est normale. La voix est sans timbre.

*Discussion.*

SCHMIEGELOW félicite Kiaer et remarque que si le cancer du larynx est opéré à temps, les guérisons sont relativement fréquentes. Si, au bout de trois ans, il n'y a pas de récurrence, le malade peut être considéré comme guéri.

MOHLER. — Cancer du pavillon de l'oreille, chez un homme de 77 ans, à la suite d'un eczéma humide.

*SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERLIN*

*Séance du 14 mars 1906 (1).*

GLÜCK. — Des opérations sur le larynx et le pharynx. — Pour éviter la pneumonie par déglutition après les grandes interventions sur le larynx et le pharynx, Glück avait indiqué en 1879/81 de faire une boutonnière et de tirer par cette boutonnière le moignon trachéal et de le suturer à la peau. On peut faire cette résection prophylactique de la trachée seulement quand il s'agit d'extirpation du larynx seule ou combinée avec résection du pharynx. Dans toutes les autres opérations, comme, par exemple, hémi-résection du larynx, le danger de mort par pneumonie de déglutition peut être évité par la laryngoplastique de Glück.

Glück se prépare un lambeau cutané rectangulaire sur le côté malade et après l'hémi-résection du larynx il implante ce lambeau dans la plaie laryngée. On fixe ce lambeau exactement avec des sutures à la moitié saine du larynx et avec des tampons on obtient une fermeture complète des voies respiratoires.

Quand il s'agit d'extirpation totale de la langue, Glück procède de la façon suivante. D'abord pas de résection temporaire du maxillaire. Glück fait la trachéotomie inférieure, ensuite incision cutanée allant d'une apophyse mastoïde à l'autre, incision circulaire dans la région sus-hyoïdienne. Il extirpe la glande sous-maxillaire des deux côtés, tous les ganglions et tout tissu malade. Ligature des artères linguales et à la suite ouverture du pharynx dans la région sus-hyoïdienne. Une fois le pharynx ouvert, on ferme l'entrée du larynx par la muqueuse du sinus pyriforme. On

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Berliner klinische Wochenschr.*, n° 13, 1906.

ne coupe pas les fils et sur le larynx bouché on met un tampon qui est fixé par les mêmes fils. Le prochain acte comporte la libération de l'os hyoïde. Ensuite, on incise, la tête pendante, par la bouche, la muqueuse du plancher buccal. La langue est tirée à travers cet orifice par la plaie cutanée et tout l'organe avec sa base est facilement extirpé de cette façon, quelquefois même les tonsilles et des parties du pharynx. On suture le plancher la tête pendante et ensuite on peut procéder de deux façons. Dans les cas très infectés, par exemple carcinome ulcéré, Glück suture la muqueuse sur tampons à la peau externe et tamponne toute la plaie pour faire, deux ou trois semaines plus tard, une plastique secondaire. Quand il ne craint pas l'infection grave, il fixe le larynx avec des sutures, aussi haut que possible dans la région où a été préalablement l'os hyoïde. Il suture le reste de la muqueuse sur tampons.

S'agit-il d'extirper le larynx et le pharynx, Glück prépare le larynx, fait la ligature des deux artères laryngées supérieures. Il saisit l'hyoïde entre des fortes pinces et le sectionne au milieu. Le doigt introduit dans la plaie libre tout à droite et à gauche et tâche d'arriver derrière le pharynx et en avant de la colonne vertébrale. Glück tâche toujours d'éviter la trachéotomie. Ainsi le pharynx et le larynx sont libres partout, excepté en haut et en bas. Glück procède alors à l'ouverture du pharynx dans la région sous-thyroïdienne. Il le sectionne prudemment et il suture ensuite le moignon du pharynx. L'assistant tire le pharynx et le larynx, les ganglions et la glande thyroïde hors la plaie.

Quand l'opération est à ce point, Glück introduit à droite et à gauche dans la trachée des fils forts. Il fixe l'œsophage avec des pinces et il sectionne au-dessus des fils. Le moignon trachéal est cousu dans la boutonnière. Dans l'œsophage, on introduit un tube qui est fixé avec des fils. L'espace qui se trouve entre le moignon pharyngé suturé et l'œsophage armé d'un tube est tamponné et la peau externe est suturée. Ce premier pansement reste cinq à dix jours. Les tampons deviennent dans la suite de plus en plus petits. Dans la troisième ou quatrième semaine, Glück introduit par la bouche sa prothèse pour pharynx et œsophage. Quand le bout périphérique de la prothèse est bien fixé dans l'œsophage, le malade peut manger et boire comme un homme normal. Glück a opéré un homme de 45 ans qui, avant de voir Glück, a subi une trachéotomie. Le malade pesait 108 livres et était porteur d'un cancer ulcéré du pharynx, larynx, de l'œsophage, de la glande thyroïde et des ganglions. Glück a dû extirper le larynx, le pharynx, toute la partie cervicale de l'œsophage, la moitié de



la glande thyroïde, les ganglions et une partie de la jugulaire. La brèche a été si grande qu'il a dû la fermer par plastique secondaire. Trois ans après l'opération, le malade est encore vivant, vaque à ses occupations et pèse 200 livres. Glück a plusieurs autres cas analogues. Résultats remarquables si on considère que Czerny, dans sa dernière statistique de 47 cas analogues, n'en a pas un seul qui soit resté sans récidive.

D'après Glück, ces résultats sont obtenus si dans les opérations pour cancer du pharynx on n'hésite pas à sacrifier le larynx.

Glück donne en détail l'histoire de deux malades opérés d'après son procédé. Le premier malade, âgé de 42 ans, était trachéotomisé.

Il était atteint de tuberculose étendue du poumon, de tuberculose du larynx, du pharynx, de l'amygdale, de la base de la langue, des ganglions, de la glande thyroïde. Glück a enlevé toute ces parties malades avec une partie de la carotide commune et de la jugulaire interne. Avec une prothèse spécialement construite pour lui, le malade, plus d'un an après l'opération, parle et s'alimente.

Le deuxième malade était atteint de cancer de la langue et des glandes cervicales. Par l'opération ont été enlevés toute la langue et la base de la langue, l'épiglotte, les ganglions cervicaux gauches et la jugulaire commune. Le malade est âgé de 41 ans et est le fils d'un autre client de Glück, âgé de 69 ans, également atteint du cancer de la langue. A ce malade, Glück a dû enlever la langue et le larynx. Le père et le fils ont été opérés le 3 et le 18 novembre 1905, ils parlent et se nourrissent bien au moment de la publication (14 mars 1906).

A propos du traitement de la tuberculose Glück dit avoir obtenu de bons résultats par la trachéotomie seule, par la laryngofissure et exentération du larynx, par la laryngotomie partielle et totale. La tuberculose du larynx doit être traitée comme une tuberculose articulaire. La pachydermie tuberculeuse a souvent été considérée par les histologistes comme cancer. Ces erreurs sont possibles.

Les brillants résultats obtenus par Glück sont d'un très haut intérêt pour la physiologie de la phonation et de la déglutition. Gutzmann et Evald attirent l'attention sur l'importance de ces études.

---

## SOCIÉTÉ HONGROISE DE RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 19 octobre 1905 (1).

Président : NAVRATIL.

Secrétaire : ZWILLINGER.

STEINER. — Spécificité de la colonne cervicale avec tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx. — Il s'agit d'une malade de 55 ans, se plaignant depuis plusieurs mois de dysphagie.

La paroi postérieure du pharynx semble être très près du vélum, la muqueuse est intacte. L'examen avec le doigt montre que toute la paroi postérieure du pharynx, depuis la limite supérieure du mésopharynx jusqu'à la partie inférieure du pharynx, est gonflée; la tumeur est dure comme un os. La sonde rencontre un obstacle dans le pharynx, mais pénètre facilement dans l'œsophage. Les parties postérieures du larynx sont recouvertes par la tumeur; la corde droite est infiltrée; le reste est normal. Les autres organes donnent les résultats suivants : gomme ulcérée du tibia gauche, ganglions enflés et cicatrices radiées au cou.

Les poumons et les organes internes sont sains.

Se basant sur les symptômes syphilitiques, l'auteur considère la tumeur du pharynx comme une périostite syphilitique des vertèbres cervicales et commence un traitement antisymphilitique.

STEINER. — Lymphangiome de la tonsille droite. — Le malade a été présenté déjà le 27 avril. Le commencement de la maladie remonte à l'année 1901; les symptômes du début furent d'abord une difficulté de déglutition, plus tard, de respiration. Le malade, admis à l'hôpital le 14 janvier 1903, fut immédiatement trachéotomisé par suite de symptômes de suffocation. La cause de la dyspnée était une tumeur géante du pharynx. Elle remplissait le pharynx, était grosse comme le poing, lobulée, couleur chair, lisse, élastique, presque spongieuse. Elle partait de la paroi droite du pharynx et s'étendait dans la partie supérieure et inférieure du pharynx. L'examen histologique montra un sarcome. Avec l'anse chaude, une grande partie de la tumeur fut excisée.

(1) Compte rendu par Lautmann d'après le *Bulletin officiel*, publié par Zwillingner, n° 2, 1905.

Pendant le premier séjour du malade à l'hôpital on vit que, dès qu'il fut soulagé de sa dysphagie, il se remit vite, augmenta de poids, la peau prit une teinte de santé, aucune trace de cachexie ne fut plus visible. Quand il quitta l'hôpital, la tumeur se reforma et fut ensuite réséquée au moyen de ciseaux, et malgré tout, depuis près d'un an, l'état général n'a pas empiré, aucune métastase ne s'est formée.

Ce résultat nous prouve qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne ; la tumeur occasionnait au malade, par sa taille et sa localisation, d'importants troubles, mais elle était une tumeur bénigne. Comme l'examen histologique le prouva, la tumeur était formée de tissu conjonctif jeune, avec, comme caractère marqué, que les tissus étaient remplis d'espaces lymphatiques, de sorte qu'il s'agissait d'un néoplasme bénin (lymphangiome).

**LIPSCHER. — Un cas de sclérome du larynx.** — Un jeune homme de 20 ans est devenu enroué en novembre 1904. Il ne pouvait expectorer que difficilement d'épaisses mucosités, et la respiration devenant difficile, il entra à l'hôpital en juillet.

Les cornets inférieurs du nez sont épaissis, la muqueuse est de couleur grise. La paroi postérieure du pharynx est sèche, brillante. La glotte et toute l'entrée du larynx sont remplies de croûtes grises, dures, de mauvaise odeur. Il est impossible de voir le fond, de sorte que la respiration se fait par un petit orifice et ne se produit que difficilement. Le repos et les inhalations améliorent un peu l'état. Le malade expectore des croûtes sèches et on peut lui introduire un petit tube qu'on laisse quelques heures. La respiration devient un peu plus facile, mais au bout de quelque temps elle empire et la trachéotomie dut être effectuée. Les suites de l'opération furent normales, en quelques jours l'intubation put être continuée et aujourd'hui le tube n° 19 entre facilement.

La glotte est assez large, les cordes sont visibles, les articulations sont libres, la paroi de la trachée est couverte de muqueuse épaisse. Comme le malade respire bien par la canule fermée, on enlève la canule et le malade quitte l'hôpital.

**LIPSCHER. — Un cas de sclérome rhino-laryngé.** — Un homme de 37 ans entre à l'hôpital le 21 janvier à cause de son nez énorme, très dur, les deux rebords du nez sont inégaux, ulcérés et de mauvaise odeur. L'examen histologique confirme le diagnostic clinique. Le malade fut traité par les rayons Röntgen, le nez

reprit presque sa taille normale. Le malade se contenta de ce succès et quitta l'hôpital.

Le 13 septembre, le malade revint pour une difficulté de respirer qui augmenta tellement que la trachéotomie dut être effectuée immédiatement. Les fausses et les vraies cordes, de même que la glotte sont couvertes de croûtes de mauvaise odeur, dures, grises et quand elles furent enlevées on vit que la trachée en était remplie également. Tous les jours de gros morceaux de mucosités sèches se détachent. Après nettoyage mécanique et inhalation, on procède à l'intubation, le malade respire bien ; dans quelques jours, la canule sera enlevée.

COVÖLGYI. — Sinusite frontale bilatérale de nature syphilitique. — L'auteur présente une femme de 53 ans qui a depuis deux ans une syphilis typique ; on lui a retiré plusieurs séquestres du nez ; le nez avait un affaissement caractéristique, était rempli de croûtes sèches, de mauvaise odeur ; après nettoyage on trouva la cloison en mauvais état et les cornets moyens manquants. Dans le méat moyen, des deux côtés, une suppuration fétide, abondante ; le conduit naso-frontal gauche, large, facilement sondable ; à droite, la partie antérieure du cornet moyen dut être réséquée. Lavage systématique, curettage amènent une amélioration. La malade se plaint qu'après les efforts de l'éternuement ou quand elle se mouche, la région au niveau de la racine du nez enfle et que par pression sur cet endroit il s'échappe du pus. Ce cas rappelle deux cas analogues publiés par Gerber et Cruvelhier.

Navratil conseille l'opération radicale.

---

*Séance du 28 novembre 1905.*

*Président : NAVRATIL.*

*Secrétaire : ZWILLINGER.*

DONOGANY. — Traitement des sinusites aiguës du nez. — S'occupe surtout de la sinusite frontale, plaide fortement pour un traitement actif dans la période aiguë pour éviter le passage à la chronicité. Il introduit matin et soir des tampons trempés dans cocaïne, adrénaline ; conseille les inhalations de menthol. Dans les cas graves : opération. 30 cas.

Dans la discussion, Baumgarten se montre également partisan du traitement conservateur mais insiste surtout sur les lavages. S'il y a complications oculaires dans les sinusites frontales, Baumgarten enlève le cornet moyen. Pollatsek agit de même.

---

*Séance du 30 janvier 1906.*

*Président : NAVRATIL.*

*Secrétaire : ZWILLINGER.*

ONODI présente : a) quelques préparations anatomiques concernant les revêtements muqueux du méat moyen ; b) des préparations de tuberculose primaire du septum. La préparation provient d'un homme de 60 ans chez lequel on avait porté le diagnostic de cancer et exécuté la rhino-fissure ; c) il présente plusieurs instruments pour le nez.

POLYAK présente : a) un nouvel appareil d'inhalations ; b) sur l'emploi de la méthode de Bier : dans les maladies des voies respiratoires supérieures. — Guérison d'un empyème aigu du sinus en douze jours, sinusite maxillaire double et ethmoïdale, guérie en dix jours, angine de Vincent guérie en deux jours, suppression rapide de la douleur dans un cas d'angine aiguë, amélioration de la dysphagie dans un cas de tuberculose du larynx trachéotomisé trois mois auparavant. Polyak recommande l'emploi de la méthode dans les inflammations et suppurations aiguës des voies respiratoires supérieures et dans la tuberculose.

LIPSCHER. — Sténose du larynx et de la trachée, trachéotomie et intubation.

ZWILLINGER. — Nouvelle curette pour les adénoïdes (modification de la curette de Beckmann) destinée à recevoir les adénoïdes curetées.

---

*Séance du 27 février 1906.*

*Président : NAVRATIL.*

*Secrétaire : ZWILLINGER.*

BAUMGARTEN. — **Hémangiome de l'amygdale et de la langue.** — Il s'agit d'un angiome caverneux couvrant l'amygdale droite, une partie du pharynx, empiétant jusqu'au milieu de la langue. La malade, âgée de 50 ans, se plaint depuis quelque temps d'un peu de lourdeur de la langue et d'un peu d'expectoration sanguinolente. Après l'administration de six gouttes d'adrénaline, amélioration éclatante des troubles et diminution de la tumeur.

Dans la discussion, Navratil rappelle l'histoire d'un cas analogue qui a nécessité la trachéotomie au cours d'une tentative d'extirpation.

BAUMGARTEN. — **Néoplasme du larynx ?** — Un malade de 42 ans se plaint de raucité de la voix depuis six mois. Pas de douleurs, peu de dyspnée, corde vocale droite et bandelette droite tuméfiées. De la bandelette gauche part une tumeur grosse comme une noisette, grisâtre, lobulée. En plusieurs séances, on enlève cette tumeur. On voit maintenant que le côté gauche du larynx est partout infiltré, entravé dans sa mobilité. En raison d'une ancienne syphilis on donne au malade de l'iodure de potassium. Huit jours après la dernière intervention, énorme œdème du pli aryépiglottique qui oblige à interrompre l'iodure. L'examen microscopique n'est pas décisif. S'agit-il d'une inflammation occasionnée par la tumeur ou au contraire d'une laryngite occasionnant la tumeur ? Autre question, l'iodure de potassium est-il la cause de l'œdème ?

*Discussion.*

POLYAK conseille de faire une extirpation partielle du larynx, le côté droit lui paraissant normal.

DONOGANY. — L'examen histologique ne prouve rien, l'examen clinique est suspect.

E. DE NAVRATIL propose une nouvelle biopsie à moins qu'on puisse établir que l'articulation crico-aryténoïde a été ankylosée

avant les interventions. Dans ce dernier cas on pourrait admettre le carcinome.

POLYAK plaide pour une opération immédiate. La laryngofissure n'est pas une intervention grave et permettra d'établir le diagnostic. Baumgarten essayera encore une fois un traitement par les frictions mercurielles. Si le malade refuse la laryngofissure, il essayera les rayons X. Polyak déconseille la radiothérapie du larynx ; il connaît un cas de névrite du pneumo-gastrique consécutive à la radiothérapie occasionnant des troubles très graves.

BAUMGARTEN présente un cas de **lupus du larynx** chez une jeune fille de 22 ans. La corde gauche infiltrée porte de petits nodules grisâtres, gros comme une tête d'épingle. Foyer lupique sur la main. Amélioration du larynx par l'acide lactique, des lésions de la main, par les rayons Finsen.

ZWILLINGER présente un **spéculum du nez autofixable**.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Arthropathies et angines**, par F. SINONCELLI (*Thèse de Montpellier, 1903*).

Après un long exposé historique, l'auteur montre que bien que Trousseau et Lasèque aient eu des précurseurs, ce sont eux qui réellement nous ont fait connaître sinon toutes les variétés d'angines rhumatismales, au moins la plus caractérisée d'entre elles, c'est-à-dire le type de la pharyngite catarrhale aiguë diffuse.

Considérée d'abord comme un simple symptôme initial du rhumatisme, analogue aux érythèmes cutanés, l'angine rhumatismale est regardée aujourd'hui, par la plupart des auteurs, comme le résultat d'une infection amygdalienne suivie de polyarthrite, et, à l'heure actuelle, on tend à reconnaître que cette infection peut se produire, non seulement au niveau des amygdales palatines, mais dans toutes les portions de l'anneau de Waldeyer, même au niveau des fosses nasales.

Cette angine prémonitoire d'arthropathies est polymorphe et, à

côté des angines rouges, il y a des angines blanches beaucoup plus rares, il est vrai. Ce polymorphisme se constate aussi du côté des arthrites qui suivent ou accompagnent les troubles gutturaux; ces derniers précèdent en général de quelques jours les localisations articulaires, mais parfois les deux phénomènes apparaissent simultanément.

La fréquence de ces angines est beaucoup plus grande qu'il ne semble au premier abord, car elles sont parfois si légères qu'elles peuvent passer inaperçues. Une question très importante, mais que les auteurs n'ont pas songé à résoudre, serait de connaître la proportion des sujets porteurs d'hypertrophie des amygdales, de végétations adénoïdes ou de rhinites chez les personnes atteintes de polyarthrites.

Le pronostic, à moins de complications telles que les arthrites suppurées qui peuvent succéder à des formes particulièrement septiques, n'est pas mauvais et, d'une façon générale, on ne peut pas dire qu'il y a une proportionnalité entre l'intensité des symptômes pharyngés et celle des inflammations articulaires.

Le traitement ne présente pas d'indications particulières. Le traitement prophylactique serait au contraire d'un grand secours, s'il était démontré que ces infections à localisation articulaire sont plus fréquentes chez les adénoïdiens ou les porteurs de grosses amygdales. L'ablation de ces organes hypertrophiés trouverait une nouvelle indication.

VIDAL.

**Lymphadénome de l'amygdale, par A. BLANC (Thèse de Montpellier, 1905).**

Sous le nom de lymphome on décrit avec Virchow une prolifération du tissu adénoïde. Or, depuis His on sait qu'il existe du tissu analogue à celui des ganglions dans d'autres organes que ces dépendances lymphatiques, notamment dans l'intestin, les amygdales, la profondeur de la peau et des muqueuses. Quand tous ces organes sont pris en même temps et que le tissu adénoïde qui les constitue prolifère, on a à faire à l'adénie de Trousseau, si la lésion ne porte que sur un certain nombre de ces organes, l'amygdale par exemple avec participation de quelques ganglions, il s'agit d'un lymphome de l'amygdale accompagné de quelques chapelets ganglionnaires; enfin, s'il n'y a qu'une localisation amygdalienne sans retentissement en aucun autre point de l'organisme ou dans le sang, on se trouve en présence du lymphadénome de l'amygdale analogue à une tumeur quelconque, au sarcome, par exemple.



A l'encontre des autres tumeurs malignes le lymphadénome se développe à tous les âges aussi bien chez les enfants que chez les vieillards, mais c'est surtout à l'âge adulte que l'on rencontre la pluralité des cas. Les hommes seraient plus souvent atteints que les femmes. La prédisposition créée par des amygdalites à répétition n'est pas démontrée. L'étiologie tuberculeuse est plus probable et il est très difficile de reconnaître le lymphome tuberculeux, du lymphome idiopathique. Le traitement doit être chirurgical (ablation par incision large) lorsque la néoplasie est encore limitée; dès qu'il y a du retentissement ganglionnaire, on ne doit plus avoir recours qu'à la médication interne par le phosphore et l'arsenic.

Le volume atteint par le lymphadénome de l'amygdale est très variable; tantôt il se développe sur toute l'amygdale, tantôt en un seul point, formant toutefois une tumeur difficilement isolable du tissu sain environnant et ayant même aspect. Sur une coupe, le lymphadénome de l'amygdale a un aspect encéphaloïde présentant des îlots rouges, dus à des dilatations vasculaires, les vaisseaux ont la même disposition que dans les sarcomes, de là le terme de lympho-sarcomes. Suivant que l'hyperplasie frappe également ou non le réticulum et les éléments cellulaires, on a deux variétés: le lymphadénome à type pur, le lymphadénome à type irrégulier, dans lequel rentrent les formes fibreuses.

Le lymphadénome de l'amygdale évolue comme le cancer dans la majorité des cas: évolution progressive, retentissement général, métastases, ulcération de la tumeur; la régression spontanée, bien que signalée, n'est pas prouvée; l'englobement et l'envahissement des vaisseaux du cou par la tumeur ont été notés dans plusieurs des observations rapportées.

Il existe pour le lymphadénome de l'amygdale une première période latente pendant laquelle le malade n'a pas son attention attirée du côté de la gorge, il ne songe à aller consulter que quand ces troubles fonctionnels font leur apparition: dysphagie, odynophagie, voix amygdalienne, toux, nausées, sialorrhée, etc., etc.

A l'examen il faudra surtout ne pas confondre le lymphadénome de l'amygdale avec l'hypertrophie simple. On sera aidé dans ce diagnostic par l'unilatéralité de la tumeur et sa consistance. Le diagnostic avec les autres tumeurs de l'amygdale est relativement assez facile.

La marche peut être lente ou très rapide, entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires existent. Quoiqu'il en soit, le pronostic est toujours très grave.

VIDAL.

**Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence, par G. STOLTZ (Thèse de Montpellier, 1905).**

Cette étude est basée sur l'observation de dix-sept malades qui se répartissent ainsi : dix otites scléreuses, parmi lesquelles trois ont complètement guéri complètement en un nombre de séances allant de vingt-sept à cinquante-sept, quatre ont été très améliorées, trois n'ont retiré à peu près aucun bénéfice de la haute fréquence, mais dans ces trois cas il faut incriminer bien plutôt l'insuffisance du traitement que son inefficacité — quatre otites sèches parmi lesquelles une seule amélioration légère — une polysclérose généralisée pour laquelle le traitement fut insuffisant — deux otites moyennes chroniques qui n'ont donné que des échecs.

Malgré ces échecs, on peut dire que le traitement des bourdonnements par la haute fréquence est le traitement de choix et qu'il doit être essayé, mais avant de l'instituer, il faut bien faire le départ entre les cas de bourdonnements d'oreilles qui peuvent en espérer un heureux résultat et ceux où l'échec étant certain, aucune tentative ne doit être faite, c'est pourquoi un examen général complet, suivi d'un examen auriculaire également très complet, devront toujours précéder tout essai thérapeutique.

La suppuration de l'oreille passée ou actuelle est une contre-indication absolue du traitement, mais dans les cas de sclérose de l'oreille, au contraire, l'effluve de haute fréquence constitue le moyen thérapeutique de choix.

Le traitement exige de vingt-cinq à cinquante séances ; selon l'intensité ou l'ancienneté des bruits, il est de trente séances en moyenne, mais ne doit jamais être inférieur à vingt pour obtenir un résultat durable. Chaque séance dure de cinq à dix minutes et doit être renouvelée de trois à cinq fois par semaine. Au cours du traitement, on note habituellement une amélioration rapide, mais passagère (de la sixième à la dixième séance) bientôt suivie d'une rechute ; après quelques nouvelles séances l'amélioration première reparait et s'accroît peu à peu jusqu'à la guérison plus ou moins tardive selon les malades. Il peut y avoir quelquefois plusieurs rechutes, mais le malade ne doit pas se décourager, s'il a obtenu une première sédation de ses bourdonnements. Pour parfaire et maintenir la guérison, le malade doit, même après la disparition de tout bourdonnement et à partir du jour de cette disparition, se soumettre encore à une dizaine de séances d'effluves de haute fréquence.

En terminant, l'auteur admet comme mode d'action : 1° que les courants de haute fréquence agissent sur les bourdonnements d'oreille des scléreux en ramenant à la normale d'une manière définitive une pression artérielle exagérée ; 2° que l'effluve de haute fréquence est la meilleure façon d'appliquer ces courants parce que, au point de vue général, elle exerce une action trophique aussi considérable et a des propriétés plus hypotensives que l'auto-conduction ou l'auto-condensation et, au point de vue local, elle détermine une révulsion utile sur la région malade et peut-être une vibration mécanique profitable.

VIDAL.

**Les Mastoïdites d'emblée**, par J. BÉNET (*Thèse de Montpellier, 1905*).

L'auteur entend, sous le nom de mastoïdites d'emblée, les mastoïdites se manifestant isolément sans symptômes apparents du côté de l'oreille, que ces mastoïdites soient ou non primitives, qu'elles soient précédées ou pas d'inflammation de la caisse. Il n'est donc pas question dans son travail des mastoïdites se produisant sous l'influence d'une action traumatique, de la tuberculose ou de la syphilis ; il n'y est pas question non plus des ostéomyélites du temporal.

Après avoir cité trois observations recueillies dans le service du professeur Forgue, B. se demande quelle est la pathogénie de cette affection. Il admet, comme il est de règle d'admettre aujourd'hui, que l'inflammation de l'oreille moyenne infectée par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache a existé, mais qu'elle n'a été que passagère, tandis qu'elle a continué son évolution dans l'antre et les cellules mastoïdiennes. Cliniquement parlant, on peut donc dire que la mastoïdite d'emblée existe.

L'étude clinique de ces formes montre que souvent le diagnostic a été incertain au début, surtout si on n'a pas l'attention attirée vers l'oreille ; plus tard, un diagnostic différentiel doit être fait avec la lymphangite péri-auriculaire et la périostite mastoïdienne, décrite par Duplay.

Les lésions trouvées dans les différents cas sont très variables : tantôt minimales, tantôt, au contraire, très profondes. Le siège de ces lésions est aussi variable, l'antre est souvent en cause, mais plus souvent encore ce sont les cellules mastoïdiennes des différents groupes et plus particulièrement celles de la pointe qui sont prises. La position déclive de ces cavités et leur disposition anatomique donne une explication très satisfaisante de cette prédilection.

Au point de vue symptomatique, les mastoïdites d'emblée présentent certaines particularités signalées notamment par Politzer et Toubert ; on note entre autres, dans un grand nombre de cas, l'absence de fièvre ou tout au moins son peu d'intensité.

Le pronostic de ces formes n'est pas plus mauvais que celui des mastoïdites ordinaires, on pourrait même dire qu'il est meilleur, à la condition, bien entendu, que l'opération ne soit pas différée trop longtemps. Cette opération consiste, cela va sans dire, dans l'ouverture large de l'apophyse, de façon à drainer tous les foyers et à empêcher l'infection de gagner l'endocrâne.

VIDAL.

**Traité des maladies du nez**, par A. MENIER (1 vol. in-16, de 626 pages, avec 178 figures. Paris, A. Maloine, 1906.)

Un livre qui vient à son heure : car les rares manuels français de rhinologie vieillissent bien vite. Un livre qu'il convient de signaler, car il ne peut passer inaperçu.

Il y a dans cet ouvrage une somme considérable de documents ; la peine de les ramasser a certainement imposé un labeur intense. Sa documentation est surtout puisée aux sources françaises ; aussi ce livre ne fait-il pas double emploi avec les traités semblables parus récemment à l'étranger : mais il les complète. Sa bibliographie est impartiale. Il rend à César ce qui appartient à César ; un peu archaïque, il est vrai, ce faisant : Menier ignore sans doute que cette coutume est depuis longtemps tombée en désuétude en rhinologie.

Peut-être pourrait-on critiquer l'ordonnance des chapitres ; se demander pourquoi plus de cent pages sont consacrées aux tumeurs des fosses nasales que nous rencontrons rarement, tandis que six pages au plus exposent le coryza chronique avec lequel nous avons maille à partir à toute heure ? Mais, il n'est pas donné à tous de penser de même : et on ne peut vraiment reprocher à l'auteur de sacrifier, au goût du jour, la rhinologie sur l'autel de la chirurgie.

Et ce livre contraste aussi avec ses semblables en ce qu'il laisse délibérément de côté le naso-pharynx et les sinus, pour se consacrer aux affections extérieures du nez et nous donner force détails sur les rhinoplasties. On voit donc que, rien que par l'originalité de sa coupe, il mérite la lecture.

M. LERMOYER.

**Anatomie clinique et technique opératoire**, par O. LAURENT. Chez E. Bruyant, Bruxelles, et O. Doin, Paris, 1906 (1 vol. in-8° de 974 pages, avec 1.040 figures).

Bien qu'il s'agisse d'un traité de technique opératoire général, dans lequel l'exposé des opérations faites sur l'oreille, le nez, le larynx, tient peu de place, cependant il convient de signaler dans les *Annales* cet ouvrage, clair et concis ; beaucoup de jeunes spécialistes, dont l'éducation chirurgicale présente quelques lacunes, y trouveront des schémas, des descriptions qui leurs apprendront à faire une incision, à lier une artère, à entortiller une suture de correcte façon. Peu de livres de ce genre pourront les renseigner aussi bien et surtout aussi vite.

M. LERMOYEZ.

## ANALYSES

### I. — OREILLES

**Corps étrangers particuliers de l'oreille et du nez, et rhinolite primitive**, par CITELLI (de Catane) (*Arch. ital. di otologia, etc.*, vol. XVI, 1905, f. 4, p. 316 322).

Le premier de ces corps étrangers, observé chez une femme de 20 ans, était formé de stéarine solidifiée. Souffrant de l'oreille gauche, la malade avait usé d'un remède populaire en Sicile, et qui consiste dans l'introduction dans le conduit de petites bougies de cire, préparées en enduisant de cire fondue des bandes de toile fine. Ces bandes sont roulées en spirale de façon à constituer des tubes d'une dizaine de centimètres de longueur. L'une des extrémités étant introduite dans le conduit, on met le feu à l'autre ; quand la flamme s'est propagée jusqu'à l'entrée de l'oreille, on retire la bougie qui, prétend le vulgaire, emporte le mal avec elle. La malade en question avait préparé sa bougie avec de la stéarine ; celle-ci, trop abondante, avait fusé dans le fond du conduit où elle formait, après refroidissement, un tampon l'obturant complètement. C. ne put l'extraire qu'en dissolvant le centre du bouchon au moyen d'un porte-coton enduit de benzine et en le morcellant ensuite à l'aide d'une pince à dent et dont l'une des branches était introduite dans le puits ainsi creusé.

Le second cas est celui d'un jeune homme de 24 ans chez qui un os de grive séjourna dans la fosse nasale gauche sans aucun trouble, à l'insu du malade, pendant trois ans. Il avait pénétré dans le nez par l'orifice choanal, au moment d'un effort de vomissement.

La rhinolite fut observée chez un enfant de 3 ans qui, depuis cinq mois, avait une expiration nasale fétide. Dans la fosse nasale droite existait une lamelle verticale, d'un millimètre d'épaisseur seulement, mais très étendue en surface, de couleur gris sale, rappelant l'aspect d'une membrane diphtérique, donnant à l'exploration au stylet la sensation d'une dureté pierreuse. Trop large pour être extraite d'un seul morceau, elle fut retirée en fragments à l'aide d'une pince. L'analyse chimique montra qu'elle était constituée presque uniquement par du phosphate de chaux. Il est vraisemblable qu'elle s'était formée aux dépens d'une sécrétion desséchée, d'une croûte qui s'était ensuite résorbée.

M. BOULAY.

**Complications endocrâniennes consécutives à des otites aiguës guéries, par LANGE (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 29, 1905).**

Dans la réunion des médecins de l'hôpital de la Charité à Berlin, Lange a fait une communication avec présentation des pièces anatomiques et présentation d'un malade guéri qui est caractéristique pour illustrer les difficultés qu'on peut rencontrer dans le diagnostic de lésions endocrâniennes. Une otite aiguë à pneumocoques est toujours à considérer comme une affection dangereuse, d'autant que malgré une guérison apparente des désordres auriculaires, le travail sourd d'infection peut continuer, pour ainsi dire, sous les yeux du médecin traitant. Voici les quatre observations (très incomplètes) auxquelles il n'y a rien à ajouter.

OBSERVATION I. — Un jeune médecin est opéré d'une mastoïdite consécutive à une otite moyenne aiguë. Suites immédiates excellentes, notre jeune confrère quitte la clinique et vient régulièrement se faire panser. Aucune plainte pendant trois semaines. Plaie opératoire en bonne voie de guérison. Un jour il se plaint de céphalée le matin pendant le pansement, le soir il est ramené inconscient à la clinique où il meurt deux jours plus tard. Méningite ? pas d'autopsie.

obs. II. — Cas analogue chez un jeune homme de 37 ans. Opération de mastoïdite. Suites excellentes, à part un peu de céphalée, qu'on met sur le compte d'une rhinite. On trouve, en

effet, un cornet moyen hypertrophié à droite, et comme il se plaint d'une névralgie supraorbitale droite, on suppose un catarrhe sinusal. Brusquement, un jour, la plaie opératoire étant presque complètement cicatrisée, il chancelle pendant le pansement, tombe et vomit. Il se déclare une méningite cliniquement nette. On ouvre à tout hasard la fosse cérébrale moyenne et postérieure sans tomber sur un foyer malade. Ponction du sinus, du lobe temporal, du cervelet sans résultat. Quatre jours plus tard le malade meurt. A l'autopsie, on trouve un abcès extra-dural sis près du ganglion de Gasser se continuant vers le toit du tympan. Cet abcès, l'examen histologique par des coupes en série le prouve, est complètement encapsulé. Il n'existe pas un rapport direct avec l'oreille.

obs. III. — Homme robuste paracentésé plusieurs fois sur la même oreille, finit par ne plus se plaindre de l'oreille, mais accuse des vertiges et a un peu de température. Ouverture de l'antre, mais le rocher paraît sain. Dans la suite, le malade présente des symptômes qui font naître la crainte d'un abcès du cerveau ou de méningite. Ouverture des fosses cérébrales, ponctions répétées au niveau du sinus. Mort. Autopsie montre l'existence d'une méningite basilaire partie d'un petit abcès extradural.

obs. IV. — Un tabétique est paracentésé. Guérison rapide de l'otite. Le malade continue à se plaindre d'une céphalée surtout à gauche. A l'examen, rien ne permet d'accuser l'oreille de cette céphalée qui gagne de l'importance parce qu'elle est compliquée de papillite double. Mais comme le malade est tabétique et qu'il a récemment pris la syphilis, on suppose une affection basilaire de nature spécifique.

A la fin du mois de mars, l'oreille suppure de nouveau, la température monte. Pas d'indice d'une mastoïdite ou d'une complication endocrânienne. On exécute en raison de la papillite une ouverture de l'antre et de la mastoïde. Le malade semble aller vers la guérison quand, dix-huit jours plus tard, la fièvre se rallume de nouveau. On opère de nouveau et on tombe sur un abcès extradural. Mais malgré cette intervention le malade meurt de méningite. A l'autopsie, on trouve une thrombose du sinus.

obs. V. — Un malade se présente après la guérison d'une otite moyenne aiguë. Dans l'oreille tout est normal. Et pourtant l'état général demande une intervention. On tombe sur un abcès temporal qui, vidé, donne deux cuillerées de pus. On trouve aussi un abcès périnsusal de la fosse cérébrale postérieure avec obturation



du sinus, mais ces deux dernières constatations sont dues à un fait de hasard, car après l'ouverture du lobe temporal, L. a jugé son malade perdu et dans une deuxième opération complètement atypique il est tombé comme par miracle sur les deux complications complètement latentes et insoupçonnées.

LAUTMANN.

**Evidement du labyrinthe pour tuberculose**, par KRAMM (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 29, page 923).

Un malade de Kramm a été opéré d'une labyrinthite tuberculeuse qui ne s'est manifestée par aucun symptôme clinique habituel. On connaît dans la littérature des cas analogues. A propos de ce cas, K. étudie la physiologie du labyrinthe. Il a surtout en vue de réfuter les théories de Wanner, mais comme les conclusions de cet auteur n'ont pas été confirmées ni par Passow ni par d'autres expérimentateurs, il paraît inutile de résumer les expériences de Kramm qui n'apportent aucun fait nouveau. Dans la physiologie du labyrinthe presque tout est contradiction.

LAUTMANN.

**Balnéologie et otopathie**, par PASSOW (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 16, 1905).

Au dernier Congrès allemand de Balnéologie tenu à Berlin, différents spécialistes ont été invités à préciser la valeur thérapeutique de l'hydro et klimatothérapie pour les spécialités représentées par ces maîtres. A cette occasion, Passow a fait une revue générale de la question qui ne peut apporter de nouveau que dans le détail. Ainsi, par exemple, Passow ne craint pas d'envoyer à la mer les malades atteints d'otorrhée. Quand on envoie des chlorotiques dans les stations balnéaires, il ne faut pas être trop optimiste quant aux bruits subjectifs dont peuvent se plaindre ces malades. Parmi ces stations il faut préférer les eaux salines à faible concentration aux eaux fortes. Le pronostic de la névrite de l'acoustique consécutive aux maladies infectieuses est toujours sérieux. Si la surdité est difficilement guérissable, on obtient au moins quelques résultats contre les bruits subjectifs par l'emploi des eaux. Ainsi Politzer conseille les eaux sulfureuses et iodurées dans la névrite syphilitique rebelle. Les névrites toxiques (tabac, alcool, etc.) sont au contraire d'un pronostic plus favorable.

Passow revient vers la fin de son travail sur l'influence du climat marin sur les otopathies et précise de cette façon son



opinion. Le séjour sur la côte anglaise, le littoral, lui parait avoir une influence salubre sur l'otorrhée. Mais il déconseille de prendre des bains de mer. Par contre, le séjour dans les stations de la Baltique lui parait absolument dangereux pour les otopathies.

La sclérose de l'oreille est malheureusement aussi peu guérissable par la balnéothérapie que par les autres moyens. L'expérience a montré que les scléreux se trouvent le mieux dans des endroits calmes, à l'abri des vents, pas trop hauts (max. 1.200 m.) Si l'on peut supposer la syphilis à l'origine, Passow conseille un traitement antisypilitique dans une station sulfureuse, ou iodurée. Chez les vieillards existe une otopathie analogue à la sclérose qui probablement est due à l'artériosclérose. Ces malades retirent parfois un profit en allant aux eaux iodurées et bromurées. Généralement nos moyens d'action sur les altérations de l'oreille interne sont restreints. Ici la balnéothérapie peut être un dernier refuge.

En terminant, Passow constate que le chapitre de la balnéothérapie dans les otopathies est peu connu. La littérature de ce chapitre est encore très restreinte. Ce qui a été publié en allemand est réuni dans une note bibliographique à la fin du travail.

LAUTMANN.

**Leptoméningite circonscrite chronique et paralysie de l'abducens,**  
par NOLTENIUS (*Revue hebdom. de laryng., d'otol. et de rhin.*,  
2 décembre 1905).

Noltinius rapporte un cas avec autopsie du syndrome de leptoméningite circonscrite avec paralysie de l'abducteur décrit récemment par Gradenigo.

OBSERVATION. — A la suite d'une angine, otite moyenne aiguë droite suppurée. Trois semaines après, douleur au niveau de l'antre et gonflement de la région mastoïdienne ; trépanation de l'apophyse très celluleuse et pleine de pus. A la suite de cette intervention il persiste dans le fond de l'ouverture tubaire des fongosités avec vertiges et des douleurs de tête unilatérales. Quatre mois après la première intervention, Noltinius curette les fongosités, gratte des parcelles d'os nécrosé dans une cavité du volume d'un gros pois. Le lendemain, fortes sensations vertigineuses. Le quatrième jour, symptômes de méningite : frisson, 39°2, vives douleurs temporales et lombaires. Le cinquième, vive céphalalgie et paralysie de l'abducens droit, raideur de la nuque, colonne vertébrale très douloureuse au choc dans ses parties inférieures,

ponction lombaire blanche. Troisième opération, mise à nu de la dure-mère saine, pas de fistule du canal semi-circulaire horizontal, le limaçon ouvert ne contient pas de pus. Mort. Autopsie : méningite basilaire peu accusée, lésions très prononcées des parties inférieures du canal médullaire. Dure-mère très adhérente au sommet du rocher et os nécrosé à cette place ; la maladie s'était localisée dans des cellules situées autour de la partie osseuse de la trompe et avait gagné les méninges.

Donc paralysie isolée de l'abducens avec constatation à l'autopsie d'une leptoméningite de la pointe du rocher ; méningite surtout des segments inférieurs du canal médullaire avec douleurs lombaire vives, le patient s'alitant tardivement.

A. HAUTANT.

**Sur le cholestéatome**, par ERDHEIM (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, Band XLIX, Heft 3 et 4.)

L'opinion courante sur le cholestéatome est la suivante. Dans le décours d'une suppuration chronique de l'oreille il se développe dans les cavités pneumatiques du rocher une tumeur se composant principalement des masses épithéliales que nous appelons cholestéatome. C'est à Habermann que nous devons cette explication. Cette tumeur se développe-t-elle parce que la muqueuse de la caisse subit une métaplasie (Politzer), ou parce qu'on greffe accidentellement (par les instruments) des particules épidermiques sur les granulations de la caisse (Leutert), est objet de discussion. Mais pour la grande majorité des otologistes, ce cholestéatome devrait être plutôt appelé le « pseudo-cholestéatome ».

Car il existe un vrai cholestéatome, tumeur primitive du rocher, sans suppuration otitique préalable. Et Koerner va même plus loin et dit que ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, car pour lui quantité de pseudo-cholestéatomes seraient de vraies tumeurs primitives du rocher, et portées pendant très longtemps sans se manifester, jusqu'à ce qu'enfin elles fassent irruption dans une cavité pneumatique du rocher. Ici la tumeur s'infecte à la moindre inflammation de la caisse et les malades venant consulter à ce moment sont jugés atteints du pseudo-cholestéatome, tandis qu'ils sont bien porteurs d'une tumeur primaire du rocher.

Il aurait fallu apporter à cette théorie l'appui des observations probantes. L'auteur cite bien les 3 cas de Lucae, Schwartze et Koerner, mais les 2 cas personnels, qu'ajoute Erdheim, appartenant tous les deux au musée d'anatomie de Vienne, étaient conser-

vés pendant de longues années dans l'alcool. Malgré la description faite par Neumann, les deux exemples ne convaincront pas facilement les opposants, qui pourront toujours prétendre que dans l'un des cas d'Erdheim il y a perforation du tympan, donc signe d'une ancienne otite, et que dans le deuxième cas décrit, la vétusté de la préparation (elle date de 1852) lui ôte tout pouvoir convaincant. Erdheim voit encore une preuve pour la nature primaire dans la localisation. Dans les 4 cas examinés sur ce point, la tumeur se trouvait dans la région de l'astérion (rencontre du temporal, pariétal, occipital). Littérature et 2 planches.

LAUTMANN.

**La tuberculose de l'apophyse mastoïde chez l'enfant, par HENRICH**  
(*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, Bd XLVIII).

La tuberculose de l'apophyse mastoïde est une maladie relativement fréquente chez l'enfant. Probablement 1/5 de toutes les mastoïdites infantiles est de nature tuberculeuse. Grimmer va même plus loin et croit que chez l'enfant jusqu'à 7 ans la mastoïdite est tuberculeuse dans la grande majorité des cas (5 fois sur 7). Cette tuberculose est primaire et d'origine osseuse. Sous ce rapport l'apophyse mastoïde ne se distingue pas des autres os, surtout diploïques, de l'enfant, et c'est certainement violenter les faits que de considérer la tuberculose de la mastoïde toujours secondaire soit à la tuberculose de la caisse, des adénoïdes, des poumons, etc. La tuberculose secondaire de la mastoïde existe, mais elle est moins fréquente et permet d'être diagnostiquée cliniquement comme telle. La tuberculose primaire de l'apophyse chez l'enfant n'a aucun caractère spécial; elle peut être considérée comme affection locale et de pronostic bénin, si on lui applique le traitement chirurgical. Les complications endocraniennes peuvent assombrir le pronostic, mais elles sont rares, et quelques-unes, comme la pachyméningite et la périssinusite tuberculeuse, peuvent être considérées comme essentiellement guérissables. Il suffit généralement d'ouvrir et de nettoyer l'apophyse malade. On est rarement obligé d'attaquer la caisse.

LAUTMANN.

**Un cas d'intoxication par le sublimé provoqué par des lavages de l'oreille, par D. Théophile HERNANDO** (*Boletín de Laryngología, Otolología, Rinología*, Madrid, février 1905).

L'auteur cite le cas d'un enfant de dix ans, atteint d'otorrhée

consécutive à une fièvre scarlatine, traitée d'abord par des lavages à l'eau boriquée, et ultérieurement et sur les conseils d'un médecin par des lavages au sublimé en solution au 1/200. Sous l'influence de ce traitement, la suppuration diminua sans toutefois disparaître.

A l'examen du jeune malade, qui présentait une légère surdité, le tympan avait un aspect charnu; il était très rouge et largement perforé sur son quart antéro-inférieur.

Mais ce qui appelait l'attention, c'était la sensation désagréable que le malade signalait dans la bouche. Ses dents lui paraissaient s'être allongées et s'être en même temps ébranlées. Il avait une sensation de cuisson et une salivation énorme. L'examen de la bouche montrait des gencives d'un rouge intense, tuméfiées, faisant saillie dans les espaces interdentaires; elles étaient, par endroit, ulcérées. Les ganglions sous-maxillaires étaient augmentés de volume, douloureux à la pression. L'enfant avait aussi des douleurs à l'estomac et dans l'intestin, et de la diarrhée.

Le traitement consiste naturellement dans la suppression du sublimé (qui fut remplacé par un pansement sec): propreté de la bouche, gargarismes et collutoires au chlorate de potasse.

MOSSÉ.

**Sur le rapport entre la carie du rocher et la névrite optique,**  
par ESPENSCHIED (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Hft 12).

Sur 74 cas opérés dans le service de Wagenhäuser, l'auteur a constaté deux fois l'œdème de la papille et une fois la névrite des nerfs optiques, soit une proportion de 4 %. Sur ce nombre, treize avaient des complications intra-craniennes, ce qui fait une proportion de 23 % où il y eut de l'inflammation de la papille. De ces cas, de ceux de Tabakatake, de Hansen, Jansen, Preysing, etc., il arrive à cette conclusion que le lien entre l'affection de l'oreille et la lésion optique est le liquide céphalo-rachidien. Il y a de la leptoméningite; mais celle-ci ne serait bactérienne que dans les cas mortels. Dans les autres il y aurait seulement de l'irritation causée par les toxines sécrétées par les microbes du pus de l'apophyse. C'est ce qui expliquerait pourquoi, après les opérations sur la mastoïde, on aurait, avec la guérison du malade, la disparition de la névrite optique.

Il n'y a pas de troubles de la vue ou très peu: il n'y a pas à craindre le passage à l'atrophie optique.

M. LANNOIS.

**L'état du fond de l'œil dans les affections de l'oreille, par F. TENZER**  
(*Archiv für Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Hft 1-2).

Sur un nombre très considérable de malades observés pendant dix ans (clinique de Passow), l'auteur n'a trouvé que cinq fois des lésions du fond de l'œil dans les affections non compliquées de l'oreille moyenne et de l'apophyse.

D'autre part, il a réuni 76 cas d'affections de l'oreille compliquées de troubles intra-craniens. Il en fait deux groupes suivant que la lésion intra-cranienne était simple ou multiple.

Dans le premier cas, sept abcès extra-duraux donnaient un fond d'œil normal cinq fois, modifié deux fois; huit méningites, normal quatre fois et modifié quatre fois; douze thromboses du sinus, normal dix fois et modifié deux fois; huit abcès cérébraux, normal quatre fois et modifié quatre fois; cinq abcès du cervelet, normal une fois et modifié quatre fois. — Soit au total, 24 cas sur 40 où le fond d'œil était resté normal.

Dans le second cas, celui des lésions multiples du cerveau ou de ses enveloppes, on trouve pour 36 cas, vingt fois le fond d'œil normal.

Il en résulte que dans les affections de l'oreille compliquées de lésions intra-craniennes, le fond d'œil normal est plus fréquent que le fond d'œil malade. Toutefois, en raison de la rareté des troubles oculaires dans les cas non compliqués, l'apparition de ceux-ci a une très haute importance, car elle permet d'affirmer presque à coup sûr la complication intra-cranienne.

La constatation des lésions du fond de l'œil a-t-elle une importance pronostique? Sur 47 cas terminés par la mort, 29 avaient le fond d'œil normal et 18 modifié; sur 29 cas terminés par guérison, 17 avaient le fond d'œil normal et 12 modifié. On ne peut donc tirer de la présence des lésions du fond de l'œil aucune conclusion relative à la marche et à la terminaison des complications intra-craniennes otogènes.

M. LANNOIS.

**Affections de l'oreille consécutives au crétinisme, par J. HABERMANN**  
(*Archiv für Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Hft 1-2).

1° La surdi-mutité congénitale due au crétinisme peut reconnaître pour cause un arrêt de développement congénital des épithéliums de la cochlée et surtout de l'organe de Corti.

2° La dureté d'ouïe que l'on trouve souvent chez les crétins est liée à une lésion de l'appareil percepteur des sons, vraisemblablement de sa partie centrale.

3° On trouve aussi très souvent chez les crétins des affections de la gorge, du nez et de l'oreille moyenne qui, si elles atteignent un degré assez marqué, peuvent encore rendre l'oreille plus mauvaise.

**Kyste dermoïde de la région mastoïdienne**, par H. HALASZ (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Heft. 4-2).

L'auteur ne connaît dans la littérature que deux cas de kystes dermoïdes (Toynbee, Hinton) développés à l'intérieur de la mastoïde et aucun à la surface de l'os. Le cas qu'il a observé serait donc unique. Il s'est rencontré chez un homme de 26 ans, porteur derrière l'oreille droite d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, remontant à plusieurs années, laissant échapper un liquide abondant et fétide. Cette tumeur avait été prise pour un abcès mastoïdien, mais à l'ouverture on y trouva une grande cavité recouverte de poils. L'examen histologique confirma qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

M. LANNOIS.

**Troubles psychiques consécutifs aux interventions opératoires sur la mastoïde**, par FRITZ GROSSMANN (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, XLIX Band, Heft 3 et 4).

D'après la pénurie des observations publiées on serait en droit de croire que les troubles psychiques post-opératoires sont rares en oto-chirurgie. S'il faut se fier au calcul de Grossmann, ce délire ne serait non seulement pas rare, mais au contraire, après les interventions gynécologiques et oculaires, l'otochirurgie viendrait en troisième plan avec une fréquence de 1 cas d'aliénation mentale sur 500 ouvertures de mastoïde. Les causes prédisposantes seraient les suivantes : 1° épuisement de l'état général par la suppuration prolongée ; 2° l'auto-intoxication ; 3° la commotion cérébrale due aux coups du maillet ; 4° les soins post-opératoires (parfois très longs).

La ponction lombaire, presque généralement exécutée avant l'opération, joue également un rôle dans la genèse de la perturbation mentale et le conseil de Kœrner, d'être sobre de ces ponctions dans un but de diagnostic, est adopté par l'auteur. Certainement le facteur le plus important est l'ouverture parfois pénible de la corticale observée par les coups répétés avec le maillet. Kœrner cite un cas de collapsus chez un garçon de 13 ans chez lequel il était évident que le traumatisme sur la tête, nécessaire pour ouvrir la mastoïde, provoquait le collapsus et devenait tellement menaçant que Kœrner fut obligé d'interrompre l'opération.

Haug a fait la même constatation et Meyers, après avoir élevé dans une analyse du travail de Haug des doutes sur le bien fondé de cette constatation de Haug, a eu occasion trois ans plus tard de se convaincre que le conseil de Haug, de n'opérer qu'avec des gouges très tranchantes pour réduire le nombre de coups de maillet au minimum, n'était pas si superflu. Meyers a vu que chez un garçon, chez lequel il a voulu faire une radicale, le pouls tombait à 44 avec chaque coup de maillet.

Mais sans compter la commotion cérébrale, les coups de maillet peuvent devenir dangereux en provoquant des hémorragies cérébrales, des encéphalites hémorragiques (Oppenheim, Jansen), en propageant les suppurations intra-craniennes (Kerner) et labyrinthiques (Schwarze), en provoquant des surdités du côté sain (Grossmann, Schlomkas). Entraîné par son sujet, l'auteur dit qu'il existe peu d'opérations qui, quant à l'action nocive exercée sur le cerveau, peuvent être comparées à l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

Le diagnostic de ces troubles psychiques n'est pas toujours si aisé. L'auteur publie plusieurs observations dans lesquelles il montre que le commencement de l'aliénation mentale a pu se cacher jusqu'à ce que le suicide commis par l'opéré a mis dans la vraie lumière clinique ce qui a paru jusque-là comme indocilité, nervosité, tristesses, ennui, etc. Il se juge en conséquence autorisé à voir dans l'apparition d'un état mélancolique ou hypochondriaque à la suite d'une intervention sur la mastoïde, un signe alarmant. Il nous reste encore à mentionner que l'auteur publie plusieurs observations personnelles.

LAUTMANN.

**Recherche du rodanate de potasse dans la salive des malades atteints d'affections auriculaires**, par A. STUPLER (*Archiv. ital. di otol. cli.* Vol. XVI, f. 4, p. 307, 1905).

Pour cette recherche, S. s'est servi du réactif de Solera fondé sur la propriété du sulfocyanure de potassium de mettre en liberté l'iode de l'acide iodique, mis en contact avec de l'empois d'amidon, cet iode forme de l'iodure d'amidon, de couleur caractéristique. De petits tampons de coton étaient laissés en place pendant dix minutes à l'embouchure du canal de Sténon, de celui de Warthon ou des glandes sublinguales ; il faisait ensuite tomber sur chacun d'eux quelques gouttes d'une solution concentrée d'acide iodique fraîchement préparée, puis un peu d'empois d'amidon : la réaction se produisait immédiatement ou après quelques minutes selon l'abondance du rodan dans la salive.



Quelques auteurs (Jürgen, Alexander et Reno) ont accordé à la présence ou à l'absence de ce principe dans la salive une certaine valeur diagnostique ou pronostique dans les maladies auriculaires. Sans contrôler cette opinion, S. a recherché le rodan chez cent individus atteints d'affections auriculaires et chez quinze individus à oreilles saines.

Or, il conclut de ses recherches : 1° que la présence du rhodate de potasse dans la salive mixte et dans la salive parotidienne est constante ; plus abondante dans la salive parotidienne, elle peut manquer, quoique rarement, dans la salive sous-maxillaire ; 2° que sa quantité varie d'individu à individu ; bien plus, chez le même individu, elle peut varier aux divers moments de la journée ; 3° que les maladies auriculaires en général n'ont aucune influence sur sa quantité dans la salive ; 4° qu'il ne disparaît pas à la suite des opérations radicales.

M. BOULAY.

**Spasme clonique du stapédus et des autres rameaux du facial,**  
par CITELLI (*Bollet. d. mal. dell' orecchio, etc.*, mai 1905, n° 5, p. 411).

Si les cas de bruits entotiques, dus à des spasmes cloniques des muscles péristaphylins, sont relativement nombreux, très rares au contraire sont les observations de bruits entotiques provoqués par des crampes du stapédus.

Des cas rapportés par Lucæ, Hitzig, Buzzard, Gottstein, Hartmann, il résulte que le spasme du stapédus s'accompagne d'un état irritatif des autres rameaux du facial et spécialement de l'orbiculaire ; il se signale par un bruit bas, de caractère variable et de courte durée, se reproduisant par accès qui coïncident avec les crises spasmodiques des muscles faciaux.

Chez le malade de C., des crises spasmodiques de l'orbiculaire de la paupière droite se produisaient depuis trois ans, mais avaient augmenté de nombre et d'intensité depuis un an : en dernier lieu, elles s'accompagnaient de déviation de la commissure labiale en haut et en arrière, ainsi que de la sensation d'un bruit bas et profond dans l'oreille correspondante ; cette sensation disparaissait avec l'accès qui durait environ cinq minutes. L'oreille était normale au double point de vue anatomique et fonctionnel : on notait seulement une légère augmentation de la durée de perception des sons graves.

L'usage de courants constants et de bromure améliora rapidement le malade.

M. BOULAY.



## II. — PHARYNX

La cure radicale du rhumatisme articulaire (Die tonsillare Radikaltherapie des Gelenkrhumatismus), par GURICH (*Wien. Klin. Rundschau*, n° 39 et 40, 1903).

Ce travail qui ne peut manquer de provoquer de l'opposition et rencontre du scepticisme dans sa conclusion thérapeutique est écrit avec une telle conviction qu'il mérite qu'on l'analyse en détail. Car vraiment ce serait faire injustice à l'auteur que de constater simplement que le rhumatisme articulaire est une manifestation septique de l'organisme consécutive à l'amygdalite et radicalement guérissable, sans emploi des médicaments (salicylate de soude) par la cure radicale de l'amygdalite chronique.

Le rhumatisme articulaire est une maladie infectieuse et récidivante. Le virus rhumatismal peut entrer dans l'organisme par voie externe, ce qui n'est pas prouvé et peu vraisemblable si l'on songe que souvent le rhumatisme se manifeste par accès subintrants, ou il peut être élaboré dans l'organisme dans un foyer latent. En acceptant cette dernière hypothèse, l'analogie avec beaucoup d'autres maladies récidivantes se présente à l'esprit.

Si on pense que l'apparition d'une angine a souvent précédé l'éclosion d'une attaque de rhumatisme articulaire on est amené à se demander si les tonsilles ne pourraient pas constituer un foyer latent d'infection. Amygdalite et rhumatisme seraient dans la même relation que blennorrhagie et arthrite. Chaque réveil d'amygdalite pourrait se compliquer d'arthrite et la marche récidivante du rhumatisme se trouverait expliquée.

Si donc l'exacerbation d'une amygdalite chronique est cause d'une récidive de rhumatisme, on pourrait, comme dans une expérience de laboratoire, provoquer une crise de rhumatisme chez le rhumatisant en irritant l'amygdade chroniquement inflammée. Cette expérience réussit, d'après Gurich, avec une sûreté infaillible. Il suffit de provoquer une irritation d'amygdale chez un rhumatisant, par exemple en exécutant une dissection d'amygdale, pour voir une attaque de rhumatisme éclater comme réponse.

Cette amygdalite dont il est question est toujours l'amygdalite lacunaire vulgaire. Il n'est pas nécessaire que ces exacerbations soient très manifestes pour donner naissance à une attaque de rhumatisme. D'après les théories modernes, les lésions que le virus occasionne à la porte d'entrée peuvent être des plus petites

et parfois invisibles (infection puerpérale, ostéomyélite, etc.). Il n'existe donc pas de parallélisme entre la gravité de l'infection générale et la réaction locale à la porte d'entrée.

En conséquence, il serait erroné de s'informer auprès du malade si, au début de son attaque, il avait oui ou non mal à la gorge. Une simple inspection des amygdales ne prouverait rien non plus. Il faut savoir que l'amygdalite lacunaire est un diagnostic qui demande une certaine habileté spéciale. On tire avec un crochet le pilier antérieur latéralement et on introduit le crochet à amygdale dans les lacunes. Au début de l'amygdalite on ne trouvera pas toujours le bourbillon lacunaire.

Le traitement est chirurgical. L'extirpation radicale des amygdales est rarement possible. Dans les cas favorables l'anse chaude donnerait une cicatrice solide, ne laissant pas de nids permettant la pullulation des microbes. Généralement il faudra faire la dissection avec crochet pointu et bistouri. Ce qui reste de tissu entre les cryptes largement ouvertes est sectionné avec les ciseaux de Cooper ou une curette double.

Par la dissection des amygdales infectées on ouvre largement au virus rhumatismal la porte. On observe avec une certaine régularité les jours suivants une poussée de rhumatisme. On fera bien d'en prévenir le malade. Mais parfois le rhumatisme est comme coupé. Après chaque séance il faut attendre de une à deux semaines. Comme il est possible que dans des cas exceptionnels des dents cariées fassent office d'amygdalite, il est nécessaire d'extraire ou d'obturer les dents cariées. Tant que les amygdales ne sont pas transformées en un tissu cicatriciel inerte, le malade est toujours exposé à une attaque de rhumatisme. Pour qui sait quelle difficulté comporte le traitement de l'amygdalite lacunaire chronique, il sera évident que les succès seront imputables à la technique et non pas à la théorie du traitement.

Et maintenant résumons quelques-unes des observations de l'auteur.

OBSERVATION IV. — Soldat, 22 ans. Angine le 20 décembre 1903, Attaque de rhumatisme articulaire aigu le 23 décembre 1903. Gardé plusieurs mois à l'infirmerie, est congédié avec octroi de pension. Consulte l'auteur le 6 novembre 1904. Prétend n'avoir d'accalmie que pendant quelques heures ou quelques jours seulement. Les articulations du pied, du genou, des doigts sont constamment endolories. Toutes ces articulations sont douloureuses, tuméfiées au moment de l'examen. Atrophie du quadriceps droit. Souffle systolique. Température 37°8. Pouls 98. Gurich conseille

le repos au lit et pratique, le 20 novembre, la première fois la dissection. Violente attaque de rhumatisme. A la suite, plusieurs séances avec moins de réaction rhumatismale. Guérison vers la fin octobre. Le malade est venu à la dernière consultation à pied après avoir fait deux lieues dans la neige. Les bruits systoliques au cœur ont disparu.

OBSERVATION VII. — Jeune fille de 18 ans commence à l'âge de 9 ans la danse de Saint-Guy qui persiste jusqu'au 28 juin 1904, jour où l'auteur la voit pour la première fois. Exacerbation avec légères douleurs articulaires depuis huit semaines. La malade a des mouvements choréiques partout, même dans les muscles du larynx et pendant le sommeil. La malade a des amygdales énormes. La malade refuse le traitement « tonsillaire » mais comme aucun moyen ne peut la guérir revient, le 1<sup>er</sup> août, pour se faire soigner. Une double amygdalotomie est accompagnée par une énorme crise choréique mais une semaine plus tard tout mouvement choréique cesse presque brusquement. Les derniers vestiges d'amygdales sont enlevés en septembre et la malade guérit complètement.

OBSERVATION VIII. — Jeune homme de 18 ans, après une angine légère fait une attaque de rhumatisme le 4 janvier 1904. Il a été soigné par plusieurs médecins. L'amélioration dure autant que le malade prend les médicaments. Le malade est vu la première fois le 17 mars. Les amygdales sont petites, contiennent quelques bouchons. Le 19 mars, le malade quitte le traitement complètement guéri.

L'auteur cite huit observations, qui ne constituent que le quart des cas observés et guéris par lui. Jusqu'à présent il n'a eu aucun insuccès à enregistrer.

LAUTMANN.

**Nouveau tonsillotome**, par HENKES (*Monatsschrift f. Ohrenh.*, n° 7 ; 1905).

Cet instrument destiné à la section de l'amygdale palatine se compose de deux parties, un guide-anse et un manche. Le manche est à ressort, se laisse commodément tenir d'une seule main et permet de resserrer l'anse suffisamment pour sectionner l'amygdale. Instrument fabriqué par Walb'Heidelberg.

LAUTMANN.

**Localisation paradoxale de la douleur dans le pharynx**, par MENZEL (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, n° 7, 1905).

Un malade de Menzel accusait des douleurs violentes irradiant

dans l'oreille droite et le côté droit du pharynx au moment de la déglutition. A l'examen, on trouve que la cause de cette douleur localisée à *droite*, provient de trois petites gommès situées dans le côté *gauche* du pharynx latéral. Il est rare que les malades se trompent *de côté* en localisant leurs douleurs. Mais c'est presque constamment qu'ils localisent mal l'endroit. Pour les spécialistes, c'est aujourd'hui chose connue qu'une irritation provenant d'un point quelconque du nez, épi, hypopharynx ou larynx ou dans un endroit près de l'angle maxillaire inférieur. Mais on connaît aussi des localisations plus exceptionnelles, ainsi, par exemple, une irritation provenant de l'épi-pharynx et localisée par un malade de Bloch derrière le sternum, ou les localisations plus rares encore mentionnées par Quincke (*Zeitschr. f. Klin. Med.* Bd. XVII, Menzel). L'analyse de ce dernier travail constitue le fond de ce présent article.

LAUTMANN.

**Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux du cou,**  
par J. BROECKAERT (*Presse oto-laryng. belge*, n° 12, 1905).

Un jeune enfant âgé de quinze jours est adressé à Broeckeaert pour des troubles dyspnéiques tenant à une volumineuse tumeur constatée dès la naissance et occupant toute la région antéro-latérale du cou. Peau normale, non adhérente ; caractère lobulé à l'inspection et à la palpation ; tumeur dépressible, mais non réductible ; un peu d'expansion sous l'influence des efforts. La ponction retire un liquide séreux et filant. Accroissement rapide.

Intervention. La tumeur se laisse libérer facilement sur ses parties supérieures et latérales, moins facilement à sa partie interne dont le point d'attache est presque impossible à préciser. Incision de plusieurs poches kystiques à contenu séreux, ce qui permet de luxer à l'extérieur la tumeur et de l'extirper par morcellements. Pas d'adhérences au paquet vasculo-nerveux du cou. Extirpation délicate d'un prolongement qui pénètre dans la cavité thoracique. Guérison avec une légère hernie du poumon.

*Examen anatomo-pathologique.* — Tumeur formée d'un nombre considérable de poches dont l'intérieur a un aspect anfractueux, dû à des filaments rougeâtres. La paroi présente une foule de dépressions, stade initial de formation de nouvelles vésicules qui s'insinuent entre les faisceaux. Le tissu fondamental est un tissu conjonctif adulté, très riche en fibres élastiques avec par endroits des éléments lymphoïdes, des fibres musculaires lisses, des cellules adipeuses. Vaisseaux extrêmement nombreux. Chose

importante, toutes les cavités sont tapissées d'un épithélium pavimenteux stratifié. Il s'agit donc d'un kyste séreux multiloculaire d'origine congénitale.

*Pathogénie.* — Certains kystes du cou sont d'origine vasculaire. Walther fait observer que ces kystes adhèrent à la gaine des vaisseaux ; Hueter, Günther, Kat ont publié des cas de kyste développé à la place du vaisseau absent. Cruveilhier, Broca et Cornil admettent qu'il s'agit d'angiomes transformés en kystes.

Lannelongue les rattache plutôt au système lymphatique. Arrou se range à cet avis.

Broeckaert estime qu'il faut surtout les rattacher à une origine branchiale. Roser, en 1864, émet le premier cette opinion, partagée de suite par Hensinger, Virchow et Schede. Kostanecki et Milecki (*Virchow's Archiv.*, 1890) les considère comme formés au dépens de débris épithéliaux de la deuxième fente branchiale. Pilliet tend à rattacher au thymus certains de ces kystes.

Broeckaert range le cas qu'il a observé dans les kystes branchiaux. La présence de lymphocytes, de cellules adipeuses, le siège de la tumeur dans la cavité thoracique l'ont porté à rechercher sa pathogénie du côté du thymus, par un développement inusité de la vésicule thymique. Il admet donc que certains kystes séreux du cou, d'origine congénitale, se rattachent à certains dérivés branchiaux qui prennent naissance aux dépens de la troisième fente entodermique branchiale.

A. HAUTANT.

**Trois cas de corps étrangers de l'œsophage, par AKA (*Revue hebdom. de laryng. otol. et rhinol.*, 25 novembre 1905).**

Le professeur Moure, dans la *Presse médicale* du 2 août 1905, a publié un article : « Corps étrangers de l'œsophage et œsophagoscopie », déjà analysé dans les *Annales*, et où il citait trois observations démontrant la supériorité incontestable de l'œsophagoscopie sur les autres moyens d'investigation du tube œsophagien. Aka reproduit *in extenso* ces trois faits :

OBSERVATION I. — Malade, âgé de 56 ans, traité pour difficulté progressive de la déglutition remontant à quatre mois, intéressant d'abord les grosses bouchées puis les liquides. Le cathétérisme avec la plus petite olive montre un premier obstacle, puis un second infranchissable à vingt-six centimètres de l'arcade dentaire. Le malade ne peut plus avaler ni solide ni liquide. L'œsophagoscope montra à la partie moyenne des corps étrangers mous formant occlusion complète; à l'aide des pinces de Gottstein,

Moure enlève deux morceaux de tissu fibreux, aponévrotique: le canal avait une muqueuse lisse, sans érosion, sans traces de néoplasie; il était rétréci, mais cependant perméable. Plus tard, à la suite d'une nouvelle obstruction, un second examen œsophagoscopique permit d'enlever un dernier morceau aponévrotique. Quelques séances d'électrolyse achevèrent d'améliorer ce malade qui désormais s'alimente convenablement. Ainsi, dans ce cas où le diagnostic était incertain, l'œsophagoscopie a pu écarter l'obstacle à la déglutition et permet d'instituer un traitement rationnel par l'électrolyse.

OBSERVATION II. — Sou avalé par un enfant de quatre ans; la radiographie montre qu'il s'est arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. Œsophagoscopie sous chloroforme dans le décubitus latéral droit; introduction du tube à trachéoscopie de Killian, le sou passe inaperçu. Une radioscopie montre cependant qu'il existe toujours bien à la même place. Seconde séance d'œsophagoscopie qui montre que la pièce était cachée assez complètement derrière l'anneau cricoïdien et se confondait avec la muqueuse: elle est assez facilement ramenée avec la pince à griffes.

OBSERVATION III. — Cas de Brindel, déjà publié dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux; os siègeant au niveau du pharynx inférieur, au-dessous de l'épiglotte; enlevé à l'aide du miroir frontal, de l'autoscope de Kirstein et d'une grosse pince.

A. HAUTANT.

#### Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur, par J. L. FAURE (*Presse médicale*, 18 nov. 1905).

Voici un chapitre de chirurgie clinique que l'on peut s'étonner de ne pas voir, déjà, figurer en bonne place, dans les traités classiques de chirurgie opératoire. Tous ceux qui ont eu à pratiquer la résection du maxillaire supérieur pour tumeur maligne un tant soit peu envahissante, savent, par expérience, combien il est illusoire de vouloir se conformer aux règles rigoureuses des descriptions théoriques, règles inapplicables en l'espèce. Certes, l'opération rapide, brillante, l'opération d'amphithéâtre sera toujours de mise quand elle ne doit constituer que le temps préliminaire d'une autre intervention, l'exérèse d'un fibrome naso-pharyngien, par exemple, bien que l'on puisse accéder au naso-pharynx largement et commodément par une autre voie, moins mutilante (voie naso-maxillaire) et aussi sûre.

Donc, suivant les dimensions et le siège de la tumeur maxillaire,

on devra se borner à faire une résection d'étendue variable mais toujours atypique, en somme. Faure en a décrit la technique. Malade en position de Rose ; la trachéotomie n'est pas toujours nécessaire, mais il faut être prêt à la pratiquer. Le cas échéant, ce sera la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne facile à exécuter en quelques secondes.

L'hémorrhagie peut devenir inquiétante ou, tout au moins, constituer une gêne sérieuse si la tumeur est très volumineuse et vasculaire. Mieux vaut lier préventivement la carotide externe si on prévoit que l'opération pourrait rester incomplète du fait de l'impossibilité d'obtenir une hémostase suffisante. D'ailleurs, on profitera de cette opération préliminaire pour débarrasser la région carotidienne des ganglions dégénérés qui peuvent, déjà, s'y manifester.

Instrumentation : ceux qui composent l'arsenal indispensable de toute opération : il est bon de disposer de deux pinces gouges, l'une très forte à mors très larges dont l'auteur nous donne le dessin, une autre plus petite, l'étendue de la partie à enlever par *morcellement* est naturellement proportionnée à l'étendue et au siège de la néoplasie. L'intérêt de la méthode est tout entier dans la technique du morcellement qui permet d'atteindre et d'enlever en totalité des portions étendues du maxillaire tout en conservant les régions saines : d'où minimum de délabrement tout à fait compatible avec la conservation de l'esthétique ou la mise en place ultérieure d'un appareil de prothèse. C'est ainsi que, la tumeur étant limitée au rebord alvéolaire, quelques coups de pince gouge vont suffire sans même nécessiter une incision cutanée. On relèvera simplement la lèvre supérieure. La tumeur est plus volumineuse et s'est développée dans le sinus : une incision cutanée est nécessaire pour bien découvrir la région. Celle de Liston, connue sous le nom d'incision de Nélaton, convient parfaitement. On résèque la paroi antérieure, on enlève la face interne du sinus avec le cornet, en un mot, on poursuit la lésion sans s'inquiéter du délabrement consécutif. Il ne doit, d'ailleurs, compter ici, qu'à titre de préoccupation accessoire. Il est impossible de tracer, par avance, des règles précises : on gardera, toutes les fois qu'il sera possible, la voûte palatine utile à conserver pour une prothèse ultérieure, la voûte orbitaire, le malaire. Parfois on se verra dans la nécessité de faire une exérèse très étendue qui devra intéresser l'ethmoïde — le maxillaire du côté opposé — il faudra vider l'orbite et gruger même jusqu'à la base du crâne. L'hémorrhagie dans les résections partielles est facilement répri-



mée par le tamponnement auquel la région se prête admirablement. Si la résection doit être considérable, si le sujet est affaibli, mieux vaut, comme il a été dit plus haut, lier préalablement la carotide externe.

Le tamponnement postopératoire est laissé en place vingt-quatre heures, au moins. On pratique ensuite des lavages très fréquents pour éviter l'infection.

Cette description est, en somme, comme on le voit, la mise au point de la technique suivie par les opérateurs qui, bon gré, mal gré, doivent abandonner la résection classique toutes les fois qu'une extirpation large de tout ou partie du maxillaire est commandée par la présence et le développement d'une néoplasie cancéreuse.

E. LOMBARD.

**Emploi de l'amianté dans le traitement des voies respiratoires supérieures**, par SANITER (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, Band XLIX, Heft 2).

L'auteur recommande de se servir de l'amianté à la place de coton pour faire les badigeonnages nécessaires dans notre spécialité. L'avantage consiste en la possibilité de pouvoir obtenir une aseptie complète, ce qui est impossible avec le coton hydrophile dont on se sert habituellement. Il faudra modifier les porte-cotons pour pouvoir leur adapter l'amianté (Porte-cotons modifiés et amianté dans la Médic. Warenhaus. Berlin).

LAUTMANN.

**Statistique de la clinique privée d'oto-laryngologie de Cracovie en 1904**, par SPIRA (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1905).

L'auteur a l'habitude de publier la statistique annuelle de la clinique qu'il dirige. Cette fois-ci nous y puisons peu de choses intéressantes. Ainsi Spira mentionne parmi les corps étrangers enlevés du conduit une puce vivante; comme cause de l'otite moyenne aiguë une fois la dentition et le traumatisme (soufflet sur l'oreille). Il constate les rapports entre tuberculose pulmonaire et l'ozène. Il se loue de l'emploi du thigenol, surtout dans les otites compliquées de cholestéatome. Il semble ne pas avoir eu de succès avec la thiosinamine, qu'il s'était proposé d'étudier dans sa dernière publication.

LAUTMANN.

**La stovaine et ses applications en oto-rhino-laryngologie**, par G. A. TAPIA (*Boletín de laringología, otología, rinología*, Madrid, décembre 1904).

L'auteur rapporte avoir, en dernier lieu, employé la stovaine



dans de nombreux cas. Les résultats obtenus ont été les suivants :

*Opérations sur les amygdales palatines. Amygdalotomie avec l'amygdalotome de Mathieu.* — 2 cas d'hypertrophie bilatérale. L'amygdale est cocaïnée au 1/10 d'un côté, stovainée du côté opposé. Opération sans douleur des deux côtés. Légère hémorrhagie des deux côtés.

*Morcellement des amygdales à la pince de Ruault.* — 16 cas. Cocaïne d'un côté, stovaine de l'autre. Anesthésie parfaite et hémorrhagie insignifiante des deux côtés.

*Ignipuncture.* — Soit sous forme de raies traversant l'amygdale dans toute sa profondeur, soit plus superficiellement. La stovaine a toujours donné dans cette opération des résultats satisfaisants.

*Discision.* — Dans 2 cas d'amygdalite lacunaire caséeuse, la discision a été pratiquée avec le crochet de Lennox Browne, sous stovaine : anesthésie parfaite.

*Phlegmon de l'amygdale.* — Dans un cas de phlegmon, l'incision au galvano-cautère est restée douloureuse en dépit de la stovaine.

*Opérations sur l'amygdale linguale.* — L'auteur a fait vingt-deux fois l'ignipuncture de cette amygdale, avec anesthésie à la stovaine. Résultat parfait. Dans un cas d'hypertrophie considérable bilatérale, l'extirpation a été faite d'un côté à la cocaïne, à la pince d'Escaut. Quelques jours plus tard, la même opération est répétée du côté opposé avec la stovaine. L'anesthésie obtenue avec les deux agents fut sensiblement pareille.

*Opérations sur l'amygdale pharyngée.* — L'auteur n'emploie aucun anesthésique local.

*Opérations sur le larynx.* — Chez une malade atteinte de papillomes du larynx, l'extirpation a pu être faite à la stovaine à 10 % sans aucun incident. La même malade ne pouvait tolérer la cocaïne, dont l'emploi avait donné lieu, chez elle, à des alertes sérieuses.

L'anesthésie à la stovaine a également permis à l'auteur d'enlever un nodule de la corde vocale gauche.

L'anesthésie obtenue avec la stovaine est suffisante, toutefois elle est moins complète qu'avec la cocaïne. Elle paraît, en outre, plus fugace.

*Opérations sur les fosses nasales.* — Pour les cautérisations des

cornets, l'ablation des crêtes, des éperons, des polypes et des queues de cornet, l'anesthésie à la stovaine est absolument comparable à l'anesthésie de la cocaïne.

La rétraction de la muqueuse des cornets se produit sous l'atouchement de la stovaine à 10 %, mais elle est moins marquée que lorsqu'on emploie la cocaïne à la même dose.

La stovaine ne jouit pas des mêmes propriétés vaso-constrictives que la cocaïne ; aussi l'auteur n'a-t-il pu terminer une turbinotomie à la pince de Laurens, le champ opératoire ayant été inondé de sang.

L'association de la stovaine et de l'adrénaline permet de suppléer à l'absence des qualités vaso-constrictives de la stovaine seule. Cette association donne d'excellents résultats et permet d'éviter à coup sûr toute hémorrhagie.

L'emploi de la stovaine facilite les injections de paraffine dans les cornets atrophies. La muqueuse ozéneuse est, en effet, mince et fragile et il y a tout intérêt à ne pas provoquer, lorsque c'est possible, la rétraction maxima de cette muqueuse.

*Opérations sur les oreilles.* — Dans 2 cas de polypes de la caisse, et dans un cas de curettage, l'opération à la stovaine a pu être faite avec des résultats absolument comparables à ceux obtenus auparavant avec la cocaïne.

*Conclusions de l'auteur.* — La stovaine est bien moins toxique que la cocaïne ; elle est antiseptique et parfaitement analgésique.

La stovaine est dépourvue de propriétés vaso-constrictives, ce qui la rend d'autant plus précieuse que la plupart des petites opérations de la spécialité exigent que le malade soit assis.

Elle a sur le cœur une action tonique et, à ce point de vue, elle est préférable à la cocaïne.

Enfin elle s'élimine rapidement par voie rénale, ce qui permet son emploi à hautes doses.

Pour ces différentes raisons, l'auteur n'emploie pas d'autre anesthésique local que la stovaine. MOSSÉ.

**Narcose au chlorure d'éthyle dans la chirurgie oto-rhino-laryngologique**, par NEUBORN (*Archiv. f. laryngologie*, Band XVII, Heft 1).

L'auteur est un partisan enthousiaste de l'anesthésie au chlorure d'éthyle. Il n'a aucun inconvénient à noter à la suite de l'administration de cet anesthésique dans 400 cas. Il lui est arrivé

de faire jusqu'à huit éthylations dans une seule après-midi ; deux à quatre sont fréquentes pendant sa consultation. La narcose est très rapide (1/2-1 minute), il n'y a pas de période d'excitation, le réveil est prompt sans aucun trouble consécutif. En tenant compte des principaux anesthésiques employés, Seitz conclut que la mortalité du chlorure d'éthyle est la plus petite (1 : 16.000) moitié moindre que celle du bromure éthyle.

LAUTMANN.

**Recherches sur les écoliers normaux et imbeciles**, par NADOLECZNY (Munich) (Communication au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Méran, 1905).

Les recherches ont été faites à l'aide de l'otoscopie, de la rhino et pharyngoscopie sur 213 enfants dont 109 garçons et 104 filles, tous âgés de 6 à 7 ans. Le but de ces recherches d'extension plutôt qualitatives que quantitatives est de prétendre à d'autres recherches répétées sur les mêmes enfants durant les années de l'école. Sur 426 oreilles, 65,7 % (normales) entendent la voix chuchotée (nombres) à une distance qui dépasse 8 mètres, 25,6 % l'entendent entre 8 et 4 mètres, 4,5 % entre 4 et 2 mètres, 1,2 % entre 2 et 1 mètre, 0,7 % entre 1 mètre et 0<sup>m</sup>,50, 0,7 % entre 0<sup>m</sup>,50 et 0<sup>m</sup>,25, 0,7 % entre 0<sup>m</sup>,25 et 0<sup>m</sup>,12 et 0,9 % entre 0<sup>m</sup>,12 et 0 centimètre. La distance normale dépassant 8 mètres pour les nombres de tonalité haute s'est trouvée dans le 91,3 — 92,5 % des oreilles examinées, pour les nombres de tonalité moyenne dans le 77,9 % et pour ceux de tonalité basse dans le 67,6 % des oreilles. Parmi les causes qui ont produit la diminution de l'ouïe on trouve spécialement la rétraction du tympan plus ou moins fort, qui est rare chez les enfants avec une faculté auditive normale où elle ne se trouve que dans le 13 ou 14 %, tandis qu'elle est fréquente chez les enfants avec ouïe altérée (au-dessous de 8 mètres). On la trouve chez ces derniers dans le 47 % des garçons et le 59 % des filles.

D'après les données anamnestiques sur les enfants qui entendent bien, le 9,8 % des garçons et le 7,2 % des filles ont souffert d'otorrhée, tandis que chez les autres le pourcentage de cette affection monte à 22,5 chez les garçons et 25,7 chez les filles. Bezold a supposé que souvent la rougeole pouvait être la cause des formes légères de surdité qu'on trouve si souvent parmi les écoliers. Mais d'après ces recherches le pourcentage de ceux qui ont subi cette maladie est presque le même chez les enfants qui entendent bien (72,5 % des garçons, 73,9 % des filles) et chez ceux qui n'en-

tendent la voix chuchotée qu'au-dessous de 8 mètres (74 % d. g. 71,4 % d. f.)

Il est intéressant de connaître la dimension de l'amygdale pharyngée chez les enfants. La rhinoscopie postérieure nous permet de nous en rendre compte — naturellement, si elle est possible — ce qui a été le cas chez 56 % des enfants examinés. D'après Barth on peut distinguer plusieurs groupes suivant le développement plus ou moins fort de cet organe : 1° L'amygdale de Luschka, examinée avec le miroir post-rhinoscopique, n'arrive pas à toucher le bord supérieur des choanes (5,3 % des garçons et 14,3 % des filles examinés). 2° Elle le touche sans couvrir l'ouverture choanale (7 % des garçons et 15,8 % des filles). 3° Elle couvre cette dernière jusqu'à un tiers de sa largeur chez 57,9 % des garçons et 36,5 % des filles. 4° Elle arrive à couvrir la moitié des choanes chez 17,5 % des garçons et 23,8 % des filles. 5° Elle finit par couvrir deux tiers ou davantage de cette ouverture chez 12,3 des garçons et 9,6 % des filles.

Le fait que dans la majorité de ces enfants de 6 à 7 ans on trouve une amygdale pharyngée assez développée pour justifier l'expression « hypertrophique » a donné lieu à des recherches sur les relations entre dimension de cet organe, surdité, hauteur du palais et respiration buccale. Les résultats de cette enquête peuvent justifier l'opinion que la seule grosseur de l'amygdale pharyngée n'est pas une indication suffisante pour l'adénotomie. Ni la respiration buccale, ni la hauteur pathologique du palais, ni la surdité ne se trouvent d'une fréquence excessive chez les enfants porteurs d'amygdales à classer dans le troisième groupe. Même dans le quatrième et cinquième groupe la respiration nasale a été constatée aussi souvent que la respiration buccale. Sur 38 porteurs de végétations de ces deux groupes on en trouve 19 avec ouïe normale et 19 qui n'entendent la voix chuchotée qu'à moins de huit mètres. La hauteur excessive du palais n'a été constatée fréquemment que chez les enfants avec végétations très grosses, tandis que chez les autres on trouve toutes les formes du palais, en majorité les formes plates. Tandis que les écoliers respirant par le nez ont rarement le palais haut et étroit, ceux qui respirent et dorment la bouche ouverte présentent tous les divers types du palais.

Les recherches sur les idiots (arriérés) ne sont pas encore terminées. Sur trente-six oreilles on en a trouvé vingt et une normales, sept entendent la voix chuchotée entre 8 et 4 mètres, une oreille entre 4 et 2 mètres, une entre 1 et 0<sup>m</sup>,50, quatre entre 0<sup>m</sup>,50

et 0<sup>m</sup>,25 et une fille n'entend la voix d'intensité moyenne qu'à 0<sup>m</sup>,50 à 0<sup>m</sup>,25 de deux côtés. Considérant que l'examen auditif chez ces enfants est rendu très difficile par l'inexactitude des réponses et l'insuffisance de la concentration mentale, on doit admettre que ces résultats restent peut-être au-dessous de la vérité. L'amygdale de Luschka se trouve de même dimension que sur les enfants normaux. Les défauts de prononciation de la parole sont très fréquents parmi les imbéciles et chez eux le développement du langage est aussi très retardé.

**Tuberculose des amygdales chez les enfants, par L. KINGSFORD**  
(*Lancet*, 9 janvier 1904).

K. donne le résultat de l'examen microscopique des amygdales enlevées à l'autopsie, sur dix-sept enfants âgés de 4 mois à 9 ans.

Dans 7 de ces 17 cas, il y avait des lésions de tuberculose à l'examen microscopique ; c'est-à-dire qu'on trouva des cellules géantes, mais seulement deux amygdales contenaient des bacilles de la tuberculose. Dans un cas l'infection était probablement primitive, mais dans tous les autres cas elle était secondaire aux autres lésions ; l'infection s'était faite par voie sanguine dans 5 cas, et dans l'autre cas probablement par les crachats.

SAINT-CLAIR-THOMPSON.

**Le morcellement de l'amygdale palatine, par EUG. FÉLIX** (*Monats. fur Orenheilkunde*, n° 10, 1903).

Article dans lequel se trouve décrit, avec beaucoup de détails, la méthode classique du morcellement des amygdales avec l'instrument imaginé par Ruault.

LAUTMANN.

**Polype de l'amygdale, par BLANC** (*Revue hebdomadaire de laryng., otol. et rhin.*, 3 février 1906).

Tumeur d'un blanc grisâtre, de la grosseur d'un pois, dure et mobile, au niveau de la fossette sus-amygdalienne droite. Formée de tissu conjonctif, dense et serrée, contenant çà et là des boyaux épithéliaux.

A. HAUTANT.

**Zona occipito-cervical bilatéral précédé d'une angine aiguë**, par H. BICHELONNE (*Revue hebdom. de laryng., otol., et de rhin.*, 17 février 1906).

Le zona bilatéral est excessivement rare. Cependant Magee, Finny, Kaposi, Douglas, Augagneur, ont relaté des observations de zona bilatéral du cou, et Bichelonne résume les cas rapportés par Elbiott et Batut. B. a également observé et publié un fait de zona double occipito-cervical.

Un malade, à la suite d'une angine, avec peu de symptômes généraux, présente à la nuque, sur les côtés du cou, au menton et à la région parotidienne une éruption caractéristique du zona, d'un zona bilatéral. Cette éruption occupe les territoires des branches postérieures de la troisième paire cervicale, les ramifications de la branche cervicale transverse, de la branche auriculaire et de la branche petite mastoïdienne. Marche d'un zona ordinaire.

B. signale les rapports possibles entre les manifestations inflammatoires de la gorge et l'éruption du zona, sans qu'il puisse les préciser (même cause, ou bien le zona étant la conséquence de l'intoxication de l'organisme par les produits sécrétés au niveau de l'amygdale enflammée, ou simple coïncidence), Batut et Palm ont également observé la coexistence d'une fièvre zoster avec une angine.

Dans le cas de B., la distribution de l'éruption en fait plutôt un type à répartition radiculaire portant sur les ganglions de la troisième paire cervicale, sur ses racines et la corne postérieure, lésions analogues à celles déjà signalées par Armand Delille et Camus, ainsi que G. Ballet.

A. HAUTANT.

**Relevé statistique du service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Saint-Jean de Bruxelles** (service du Dr Delsaux), par A. FAL-LAS (*Presse oto. rhin. laryng. belge*, janvier 1906).

Parmi les faits rapportés dans ce travail, il faut citer :

2 cas de malformation congénitale de l'oreille. Dans l'un d'eux, M. Delsaux a injecté de la paraffine et a réussi à modeler un pavillon.

1 cas d'herpès zoster récidivant sur le trajet du filet auriculaire de l'auriculo-temporal.

Quelques observations de mastoïdite. Dans 1 cas de mastoïdite aiguë, la plaie rétro-auriculaire fut fermée immédiatement et avec succès. Une observation de mastoïdite aiguë post-scarlatineuse compliquée de rougeole et d'eczéma, une autre de mastoi-

dite aiguë compliquée de ganglion suppuré du cou, 1 cas de mastoïdite subaiguë gauche avec abcès extra-dural, un fait de mastoïdite réchauffée avec cholestéatome, abcès extra-dural, méningite localisée terminée par la guérison, avec suture secondaire de la plaie opératoire. Une autre observation a trait à un carcinome de l'oreille pris pour une mastoïdite de Bezold ; toute la mastoïde fut enlevée ainsi que le paquet ganglionnaire ; récidence quatre mois plus tard. Un cas d'algie mastoïdienne hystérique qui fut trépané. Enfin la relation d'un fait de pseudo-labyrinthite chez une malade évidée autrefois et non complètement guérie : les vertiges et les vomissements relevaient en réalité d'une affection stomacale, et c'est par l'observation attentive que le diagnostic de labyrinthite fut écarté.

A. HAUTANT.

**Sarcome de l'œsophage**, par EDRED, M. CORNER et H. A. T. FAIRBANK (in *The Practitioner*, juin 1904, p. 818).

Cette statistique est tirée d'un travail de ces auteurs sur le sarcome du tube digestif. On connaît 14 cas de sarcomes de l'œsophage ; l'affection est plus fréquente chez l'homme (11 cas) que chez la femme (2 cas). On le trouve à tous les âges de la vie. Le siège le plus fréquent est au tiers inférieur de l'organe. Les symptômes sont semblables à ceux du cancer ; la marche est plus rapide, la douleur est plus violente, et particulièrement les nuits pendant le repos ; tandis que dans le cancer la douleur se manifeste surtout pendant les repas. La durée est de six mois. La lésion commence dans les tissus sous-muqueux, et envahit en anneau. Dans 3 cas, la tumeur formait une sorte de masse pédiculée. On observe des ulcérations, des perforations et des abcès gangréneux, du médiastin des poumons. On trouve toutes les variétés de sarcome. Des lésions sarcomateuses secondaires ont été notées dans 50 % des cas. Dans 1 cas on a pratiqué la gastrostomie, le malade est mort huit jours après.

A. RAOULT.

**Traitement du carcinome de l'œsophage par les rayons de Röntgen**, par WENDEL (*Munchen. et Mediz., Wochensch.*, n° 5, 1905).

La chirurgie de l'œsophage appartient aujourd'hui, plus que jamais, au domaine de l'expérience. Les travaux de Sauerbruch, quoique promettant beaucoup, ne sont pas encore entrés dans la chirurgie générale ; la dilatation lente et progressive des tumeurs intra-œsophagiennes, quoique recommandée par Leyden et Albert, est délaissée aujourd'hui en faveur de la gastrostomie, les

résultats de cette dernière intervention sont loin d'être brillants ; les nouvelles découvertes : la radio et la Röntgenthérapie étaient donc appelées à être essayées dans le traitement de la carcinose œsophagienne ; malgré un résultat très favorable obtenu par un observateur tel que Eichorn, la radiothérapie ne paraît pas encore avoir été mise en pratique dans le traitement du carcinome de l'œsophage, probablement parce que le radium est rare : la Röntgenthérapie souvent essayée dans le traitement du cancer du sein, proche parent du cancer de l'œsophage n'a probablement pas encore été essayée et ceci à cause de la difficulté de la technique.

Wendell publie l'observation détaillée d'un malade chez lequel un cancer de l'œsophage bas-situé a été traité par les rayons X à l'aide de l'œsophagoscope, permettant la radiation immédiate de la tumeur ; du 20 juillet au 8 août, Wendell a pratiqué huit séances de cinq à dix minutes ; le malade complètement cachectisé, dysphagique a rapidement repris du poids grâce à une nourriture mixte bien mastiquée et facilement avalée. A la fin du traitement il n'y avait aucune trace d'ulcération. Le malade a été perdu de vue. L'auteur publie son cas pour provoquer d'autres tentatives de radiothérapie du cancer œsophagien. LAUTMANN.

**Sur l'occlusion congénitale de l'œsophage**, par WILLIAM THOMAS (*Lancet*, 6 février 1904).

T. rapporte 1 cas (non confirmé par l'autopsie) et qui se rapproche des 19 autres déjà publiés. ST-CL.-THOMPSON.

**Ablation d'une tumeur polypoïde de la base du crâne après résection préalable du maxillaire supérieur** (*Lancet*, 9 avril 1904, page 989).

Il s'agissait d'un fibrome.

ST-CL.-THOMPSON.

**Cancer de la bouche et de la gorge**, par STANLEY BAYD et W. H. UNWIN (*Practitioner*, mai 1904, p. 397).

Les auteurs relatent une série de 14 cas de cancer de la bouche et de 4 cas de cancers de l'isthme du gosier et des amygdales. Parmi ces derniers cas qui nous intéressent spécialement, nous



constatons les faits suivants. Dans le cas n° 1, l'ulcération atteignait le pilier antérieur droit, et s'étendait au palais et à la langue ; l'infiltration était peu profonde, quelques ganglions étaient atteints des deux côtés. L'auteur sectionna les téguments, depuis l'oreille jusqu'au cricoïde, enleva les ganglions malades, puis sectionna la joue au niveau de l'angle du maxillaire. Ablation de toute la partie malade, avec le constricteur supérieur et les tissus voisins. Guérison, récurrence ganglionnaire des deux côtés inopérable. Cas n° 2 : ulcération de l'amygdale droite, des deux piliers et de la muqueuse s'étendant du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur. Incision de Kocher étendue le long du sternomastoïdien, ablation des ganglions sous-maxillaire, sous-parotidiens, de la région carotidienne, de la région sous-cricoidienne ; ablation de la branche droite du maxillaire. Enlèvement de l'amygdale, des piliers et de tous les tissus voisins malades. Le malade meurt dix jours après l'opération. Cas n° 3 : ulcération du voile du palais, de la luette, du pilier antérieur et de la muqueuse au-dessus du maxillaire inférieur. Incision de Kocher, section de la joue, ablation des parties malades et d'une portion de la langue ; on s'aperçoit qu'il existe de l'infiltration des muscles. Guérison de l'opération. Récurrence au bout d'un mois sur la muqueuse buccale. Un cas de survie avec récurrence au niveau de l'amygdale. Cas n° 4 : cancer du pharynx avec ganglion sous l'angle du maxillaire ; l'épiglotte est tirée à gauche. Longue incision le long du sternomastoïdien, une autre vers la ligne médiane. au niveau de l'hyoïde, ablation des ganglions. Section transversale du pharynx à travers le constricteur moyen. Ablation de cette portion de la paroi pharyngienne, de la grande corne de l'hyoïde et de la partie supérieure de l'aile gauche du thyroïde, ainsi que la membrane thyroïdienne. Le malade meurt le cinquième jour, d'hémorragie. A l'autopsie, on constate une ouverture de la carotide interne à son point d'origine.

Tous ces résultats, comme le disent en terminant les auteurs, sont peu encourageants.

A. RAOULT.

**Epithélioma de la mâchoire inférieure et de la langue, par H. RUTHERFORD** (*Glasgow med. journal*, mars 1904).

La tumeur avait envahi la moitié droite du maxillaire inférieur,

la moitié correspondante de la langue, les ganglions voisins et les glandes salivaires. L'auteur pratiqua la ligature primitive de la carotide. Le malade put, dans la suite, manger assez facilement, malgré l'absence de la moitié du maxillaire. Une récurrence réapparut six mois après l'opération, dans la fosse ptérygoidienne.

A. RAOULT

---

NOUVELLES

---

X<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE  
D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

La réunion de la Société italienne de laryngologie se tiendra à Milan, les 17, 18 et 19 septembre. Questions mises à l'ordre du jour :

1<sup>o</sup> Sur la méthode clinique pour l'examen du sens de l'équilibre dans les affections auriculaires ;

2<sup>o</sup> Corps étrangers du larynx, de la trachée et des bronches.

---

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

---

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Second Annual Report of the Henry Phipps Institute, for the study, treatment and prevention of tuberculosis, février 1904 à février 1905. Publication de Henry PHIPPS, Institute, 238, Pine Street, Philadelphie, 1906.

---

**Benzocalyptol** (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

## CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



## HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE  
La seule contenant les oxydases du sang.  
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ. — Sirop, Vin, Granulé.



## OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÊMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

## CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Panodun)

Médicament spécifique des MIGRAINES

et des NÉVRALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C<sup>ie</sup>.

ENS

UR  
ing.  
ula.

E

PARIS  
KIF.

, etc.  
ss.